

3º Ciclo

Ciências de Enfermagem

**ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA AUTOGESTÃO REGIME TERAPÊUTICO EM
PESSOAS COM DOENÇA CARDIOVASCULAR
UMA TEORIA PRESCRITIVA DE ENFERMAGEM**

Mario João Ribeiro da Silva

D

2017



Mario João Ribeiro da Silva

**ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA AUTOGESTÃO REGIME TERAPÊUTICO EM
PESSOAS COM DOENÇA CARDIOVASCULAR
UMA TEORIA PRESCRITIVA DE ENFERMAGEM**

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências
de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências
Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto

Orientador: Professor Doutor José Amendoeira

Categoria – Professor Coordenador

Afiliação - Escola Superior de Saúde de Santarém –
Instituto Politécnico de Santarém

Coorientador – Professor Doutor Abel Paiva e Silva

Categoria – Professor Coordenador

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do Porto

Às mulheres da nossa vida:

Belinha, Joana e Catarina.

Ao meu pai porque nos ilumina.

À minha mãe pelo carinho.

Aos amigos que sempre nos encorajaram.

Agradecimentos

Os agradecimentos que aqui apresentamos expressam um reconhecimento às pessoas pelo seu contributo neste caminho percorrido e sem o qual não tinha sido possível a sua realização. Apesar dos agradecimentos ficamos sempre com a convicção de que todas as palavras que possamos escrever não conseguem espelhar o reconhecimento e gratidão que sentimos.

Ao Professor Doutor José Amendoeira, que sabemos não ser esta a forma de agradecimento que mais valoriza, porque considera ser a sua contribuição para a disciplina de enfermagem. No entanto queremos deixar um agradecimento muito especial pela pessoa que é, pela sapiência que transmite e que coloca em todos os momentos de orientação e não só, pela força viva que demonstra no seu dia-a-dia, por acreditar na enfermagem como disciplina do conhecimento e por fim, mas não menos importante pelo amigo e irmão que sempre tem sido ao longo do nosso percurso.

Ao Professor Doutor Abel Paiva pela disponibilidade e contributos que nos trouxe na construção deste caminho.

À Escola Superior de Saúde de Santarém na pessoa da Senhora Professora Coordenadora Isabel Barroso, um agradecimento pela disponibilidade concedida para o desenvolvimento do projeto.

Ao Conselho de administração do Centro Hospitalar e à direção do Agrupamento de Centros de Saúde pela disponibilidade demonstrada para a realização do projeto.

Aos senhores enfermeiros e docentes participantes que se disponibilizaram para integrar o estudo. Também por permitirem sentirmo-nos bem-vindos e integrados sempre que nos encontrávamos nos contextos.

Às pessoas, sujeitos de cuidados participantes pela receptividade e por nos acolherem nas suas casas.

À nossa colega Marta Rosa pelo companheirismo e proximidade no caminho percorrido.

RESUMO

O estudo centrado nas intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular deu origem a uma teoria prescritiva de enfermagem.

O conceito de autocuidado, de transição e transição saúde doença constituíram-se como os pilares para o processo de teorização. Outros conceitos e dimensões teóricas tendo por base a centralidade da pessoa no processo de cuidados, emergem neste estudo no sentido da compreensão do fenómeno. Falamos dos conceitos de adesão, promoção e educação em saúde, ações e intervenções de enfermagem, doença crónica e cardiovascular, fatores que influenciam a capacitação da pessoa na gestão dos diferentes regimes terapêuticos, processo de cuidados e também teoria, mais especificamente a teoria prescritiva ou microteoria.

Em relação à metodologia de investigação centramos todo o percurso numa perspetiva interpretativa do fenómeno. Estudo descritivo, transversal com recurso ao método etnográfico. Mobilizamos enquanto técnicas de colheita de dados, a narrativa, o *“Focus Group”*, a observação participante e a entrevista etnobiográfica, cujos resultados constituíram o corpus de análise para a construção da teoria. A população em estudo centrou-se nos enfermeiros e as pessoas com doença cardiovascular de vários contextos da prática clínica.

Dos resultados centramo-nos em quatro temas que são agregadores em relação à compreensão do fenómeno em estudo: **Razão do cuidado de enfermagem; Instrumentos que suportam o cuidado de enfermagem; Cuidado em si mesmo; Resultados do cuidado de enfermagem.** Associados a estes temas surgem as dimensões que os enformam numa relação integrativa.

Os resultados do estudo enquanto teoria prescritiva de enfermagem cuja relevância se traduz numa estrutura organizada de ações e intervenções de enfermagem que segundo a perceção e valorização da pessoa constitui-se como promotora do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos. Os contributos da teoria para a prestação de cuidados surgem pela dimensão

estrutural das ações e intervenções de enfermagem, ou seja, todo o constructo da mesma emerge daquilo que foram os resultados da ação e da razão para a ação desenvolvida pela enfermagem centrada na pessoa com doença cardiovascular e naquilo que foram as respostas da mesma às ações e intervenções de enfermagem.

Palavras-chave: Intervenção de enfermagem; Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos; Adesão; Transição; Doença cardiovascular;

ABSTRACT

The study focused on nursing interventions that promote self-care management of different treatment regimens in people with cardiovascular disease gave rise to a prescriptive theory of nursing.

The concept of self-care, transition and transition health disease constituted as the pillars for the theorizing process. Other concepts and theoretical dimensions based on the centrality of the person in the process of care, emerge in this study towards the understanding of the phenomenon. We talk about the accession of concepts, promotion and health education, actions and nursing interventions, chronic and cardiovascular disease, factors that influence the capacity of the person in the management of different treatment regimens, the care process and also theory, specifically the prescriptive theory or microtheory.

Regarding research methodology we focus all the way in an interpretative perspective of the phenomenon. Descriptive, cross-sectional study using the ethnographic method. We mobilized as data collection techniques, the narrative, the "Focus Group", participant observation and etnobiográfica interview, the results of which constituted the corpus of analysis for the construction of the theory. The population under study focused on nurses and people with cardiovascular disease of various contexts of clinical practice.

From the results we focus on four areas that are aggregators in relation to the understanding of the phenomenon under study: ***nursing care Reason; Instruments that support nursing care; Care itself; nursing care results.*** Associated with these themes are the dimensions that shape it in an integrative relationship.

The results of the study as prescriptive theory of nursing whose relevance translates into an organized structure of actions and nursing interventions according to the perception and appreciation of the person is constituted as a promoter of self-care management of different treatment regimens. The contributions from theory to care arise by the structural dimension of the actions

and nursing interventions, that is, the entire construct of the same emerges from what were the results of the action and the reason for the action developed by the nursing-centered person with disease cardiovascular and what were the answers to the same actions and nursing interventions.

Keywords: nursing intervention; Self-care management of therapeutic regimens; Accession; Transition; Cardiovascular disease;

INDÍCE DE QUADROS	págs.
Quadro nº 1 - Causas de mortalidade/Rank/% -----	39
Quadro nº 2 - Caraterização dos participantes enfermeiros dos contextos de cuidados -----	65
Quadro nº 3 - Caraterização dos participantes na sessão Focus Group -----	66
Quadro nº 4 - Caraterização dos sujeitos de cuidados participantes -	68
Quadro nº 5 - Temas e dimensões que emergiram do tratamento das narrativas -----	79
Quadro nº 6 - Estrutura de análise dos dados referentes às narrativas -----	80
Quadro nº 7 - Estrutura de análise dos dados referentes à sessão do "Focus Group"-----	83
Quadro nº 8 - Estrutura de análise dos dados referentes à Observação -----	86
Quadro nº 9 - Estrutura de análise dos dados referentes à Entrevista Etnobiográfica -----	87
Quadro nº 10 - Matriz de análise face à questão de investigação -----	89
Quadro nº 11 - A Razão do Cuidado de Enfermagem -----	94
Quadro nº 12 - Instrumentos que suportam o cuidado de enfermagem -----	129
Quadro nº 13 - O cuidado em si mesmo -----	149
Quadro nº 14 - O resultado do cuidado de enfermagem -----	169

INDÍCE DE GRÁFICOS	págs.
Gráfico nº 1 - Idade dos participantes na sessão Focus Group -----	67
Gráfico nº 2 - Anos de profissão dos participantes na sessão Focus Group -----	67
Gráfico nº 3 - Ação de enfermagem: Gestão da informação clínica ----	106
Gráfico nº 4 - Ação de enfermagem: Normatividade dos cuidados ----	110
Gráfico nº 5 - Ação de enfermagem: Avaliação das necessidades de autocuidado-----	116
Gráfico nº 6 - Ação de enfermagem: Centralidade das pessoas -----	122
Gráfico nº 7 - Ação de enfermagem: Relação interpessoal -----	131
Gráfico nº 8 - Ação de enfermagem: Julgamento clínico -----	139
Gráfico nº 9 - Ação de enfermagem: Tomada de decisão -----	144
Gráfico nº 10 - Ação de enfermagem: Capacitação para o autocuidado	151
Gráfico nº 11 - Ação de enfermagem: Documentação do cuidado -----	160
Gráfico nº 12 - Ação de enfermagem: Comportamentos de autocuidado -----	171
Gráfico nº 13 - Ação de enfermagem: Processo de transição -----	176

INDÍCE DE FIGURAS	págs.
Figura nº1 - Evolução dos conceitos de adesão -----	25
Figura nº 2 - Processo de teorização -----	54
Figura nº 3 - Desenho do estudo -----	63
Figura nº 4 - Razão do cuidado de enfermagem – Ações e intervenções de enfermagem -----	127
Figura nº 5 - Instrumentos que suportam o cuidado de enfermagem – Ações e Intervenções de enfermagem -----	148
Figura nº 6 - O cuidado em si mesmo – Ações e Intervenções de enfermagem -----	168
Figura nº 7 - Resultados do cuidado de enfermagem – Ações e Intervenções de enfermagem -----	181
Figura nº 8 - Esquema da teoria prescritiva de enfermagem -----	191

INDÍCE DE TABELAS	págs.
Tabela nº 1 - Ação de enfermagem: Gestão da informação clínica -	105
Tabela nº 2 - Ação de enfermagem: Normatividade dos cuidados -	110
Tabela nº 3 - Ação de enfermagem: Avaliação das necessidades de autocuidado -----	115
Tabela nº 4 - Ação de enfermagem: Centralidade das pessoas ----	122
Tabela nº 5 - Ação de enfermagem: Relação interpessoal -----	131
Tabela nº 6 - Ação de enfermagem: Julgamento clínico -----	139
Tabela nº 7 - Ação de enfermagem: Tomada de decisão -----	144
Tabela nº 8 - Ação de enfermagem: Capacitação para o autocuidado-----	150
Tabela nº 9 - Ação de enfermagem: Documentação do cuidado ----	160
Tabela nº 10 - Ação de enfermagem: Comportamentos de autocuidado -----	171
Tabela nº 11 - Ação de enfermagem: Processo de transição -----	175

ÍNDICE	Pag.
0 - INTRODUÇÃO -----	15
PARTE I – CONCEÇÃO TEÓRICA	
1 - AUTOCUIDADO GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO -----	21
1.1 - GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO EM PESSOA COM DOENÇA CARDIOVASCULAR-----	22
1.2 - A PESSOA COM DOENÇA CARDIOVASCULAR -----	37
1.3 - MATRIZ PARA O PROCESSO DE TEORIZAÇÃO -----	40
1.3.1 - Contributos da Teoria do Autocuidado de Orem -----	43
1.3.2 - Contributos da Teoria das Transições de Meleis -----	51
PARTE II – CONCEÇÃO METODOLÓGICA	
2 - EXPLICITANDO A ETNOGRAFIA COMO METODOLOGIA DO ESTUDO -----	56
2.1 - DESENHO DO ESTUDO -----	62
2.2 - POPULAÇÃO DO ESTUDO -----	64
2.3 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS -----	69
2.4 - TRATAMENTO DOS DADOS -----	78
2.5 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS -----	90
PARTE III – ANÁLISE E COMPREENSÃO DO FENÓMENO	
3 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS A CAMINHO DE UMA TEORIA PRESCRITIVA -----	94
3.1 - RAZÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM -----	94
3.2 - INSTRUMENTOS QUE SUPORTAM O CUIDADO DE ENFERMAGEM-----	129
3.3 - O CUIDADO EM SI MESMO -----	149

3.4 -	O RESULTADO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM -----	169
PARTE IV – A CONTRUÇÃO DA TEORIA PRESCRITIVA		
4 -	TEORIA PRESCRITIVA DE ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO GESTÃO DOS REGIMES TERAPÊUTICOS EM PESSOAS COM DOENÇA CARDIOVASCULAR -----	183
4.1 -	CONCEITOS BÁSICOS DA TEORIA -----	185
4.2 -	PRESSUPOSTOS E POSTULADOS -----	200
5 -	CONCLUSÕES -----	203
6 -	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	212
	ANEXOS -----	227
Anexo I	Revisão Sistemática de Literatura -----	228
Anexo II	Sinopse do Estudo -----	234
Anexo III	Pedido da narrativa de ação aos enfermeiros/Consentimento Informado -----	238
Anexo IV	Documento orientador/Consentimento Informado sessão Focus Group -----	242
Anexo V	Guião para Observação Participante -----	245
Anexo VI	Consentimento Informado das pessoas/sujeitos de cuidados -----	247
Anexo VII	Entrevista Etnobiográfica -----	250
Anexo VIII	Pedido de autorização ao Conselho de Administração -----	255
Anexo IX	Pedido de autorização à direção do ACES Serrano --	258
Anexo X	Autorização do Conselho de Administração do CHCT -----	261
Anexo XI	Autorização da Comissão de Ética da ARSLVT -----	264
Anexo XII	Artigos publicados -----	267

0 – INTRODUÇÃO

O autocuidado no âmbito da gestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular é uma temática que na atualidade é alvo de atenção de muitas das organizações nacionais e internacionais de saúde (WHO, 2003, 2007, 2013, 2014; DGS, 2006).

A discussão em torno destas questões promove a reflexão centrada na consciência individual de cada pessoa, à perceção que tem dos problemas e às estratégias que mobiliza para os resolver, minimizar ou readaptar. É nesta área específica que centramos o estudo, ou seja, tendo em conta a pessoa com doença cardiovascular, consideramos de extrema importância desenvolver o conhecimento na área da disciplina de enfermagem numa perspetiva de compreender em primeiro lugar todas estas dimensões da pessoa e a forma como as integra e mobiliza (Sousa, 2003; Machado, 2009; Pereira Henriques, 2011; Silva, 2010, 2012, 2014).

Esta centralidade da saúde na pessoa promove a conceção de cuidados numa lógica do autocuidado e autogestão para o cuidado, cujo conhecimento por parte dos profissionais de saúde, mais especificamente os enfermeiros, trará ganhos quer para a pessoa, quer para a sociedade em geral. É crucial compreender a capacitação da pessoa face ao seu projeto individual de saúde, numa estreita relação entre o que esta preconiza e aquilo que os enfermeiros poderão promover no âmbito desta capacitação (Sousa, 2003; Machado, 2009; Pereira Henriques, 2011; Silva, 2012, 2014).

Estruturamos o relatório da tese em quatro partes, sendo a primeira centrada na conceção teórica que integra a perspetiva compreensivista do fenómeno em estudo e os contributos dos resultados da revisão sistemática de literatura no sentido da construção da questão de investigação. Igualmente importante numa perspetiva de contextualização teórica, evidenciamos as questões relacionadas com a doença cardiovascular e de que forma influencia a pessoa. Ainda nesta dimensão teórica integramos conceitos cujos contributos foram cruciais para a análise dos dados e processo de teorização. Concomitantemente, na conceção

teórica emergiram duas teorias que constituíram o referencial teórico deste estudo, a teoria das transições de Meleis (1991) e a teoria do déficit de autocuidado de Orem (1995).

A perspectiva da pessoa e a sua responsabilidade tem vindo a ser equacionada ao longo de décadas. De acordo com a evolução paradigmática das profissões da saúde, surge não só a dimensão do tratamento da doença, mas também dimensões antropológicas, culturais, económicas, que exercem uma influência nas tomadas de decisão da pessoa. Esta responsabilização tem vindo a ser analisada e demonstra a sua integração ao longo dos tempos nas tomadas de decisão relacionadas com a sua saúde (Kutzleb, Reiner, 2006; Silva, 2012, 2014).

A gestão do regime terapêutico é dos focos de atenção de enfermagem, cujas intervenções poderão produzir indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, uma vez que perante determinadas circunstâncias no estado de saúde das pessoas, estas vêm-se confrontadas com necessidades específicas de cuidados que implicam processos de aprendizagem e de readaptação no seu dia-a-dia, para os quais não se encontram preparadas.

No que diz respeito à Organização Mundial de Saúde e Direção Geral de Saúde tem vindo a analisar e a relatar os dados numa perspectiva de contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenção, quer ao nível do sistema político, quer do sistema de saúde e na forma dos profissionais de saúde implementarem estes resultados na sua prática clínica. Produzem além da informação dos relatórios, “guidelines” para as políticas públicas de saúde (WHO, 2003, 2007, 2013, 2014; DGS, 2006, 2010).

Em relação à doença cardiovascular é causada por distúrbios do coração e vasos sanguíneos. As principais causas de doença cardiovascular são o consumo de tabaco, inatividade física e uma dieta pouco saudável (WHO, 2003, 2007, 2013, 2014; DGS, 2006).

A segunda parte centra-se na metodologia de investigação. Mobilizamos para o estudo a metodologia de investigação interpretativa de abordagem qualitativa. A opção por esta metodologia centra-se no desenho do estudo e porque tínhamos como finalidade desenvolver uma teoria prescritiva de enfermagem centrada na pessoa com doença cardiovascular cujas intervenções de enfermagem fossem promotoras da autogestão dos diferentes regimes

terapêuticos. Portanto numa perspetiva indutiva estudamos o fenómeno de forma particular para depois podermos generalizar (Latimer, 2003; Flick, 2005).

Organizamos a metodologia de investigação centrado no método etnográfico. Tendo por base esta metodologia mobilizamos como instrumentos de colheita de dados, a narrativa de ação, a técnica de “Focus Group”, a observação participante e a entrevista etnobiográfica (Spradley, 1981; Bardin, 2013; Caria, 2002; Streubert and Carpenter, 2003; Amendoeira, 2006; Alan Bryman, 2012).

O estudo é descritivo e transversal. Numa população constituída por um grupo de enfermeiros, de um serviço de Medicina, de Cardiologia, uma Unidade Saúde Familiar e uma Unidade de Cuidados na Comunidade, que se articulam face à pessoa com doença cardiovascular, numa perspetiva de assegurar a continuidade dos cuidados, que designamos assim para assegurarmos todos os procedimentos éticos face ao desenvolvimento do processo de investigação. Um grupo de enfermeiros e docentes que constituíram a sessão de “focus group”. Por último, mas não menos importante constituíram-se como participantes as pessoas que permitiram no momento da observação integrar o estudo e que foram desde logo identificadas através dos dados essenciais para posterior contato (Amendoeira, 2006; Caria, 2002; Streubert and Carpenter, 2003; Spradley, 1981; Bardin, 2013; Alan Bryman, 2012; Fortin, 2009).

Emerge nesta parte uma outra dimensão importante no contributo para a tomada de decisão das várias técnicas de colheita de dados, os resultados de uma revisão sistemática de literatura realizada com o objetivo de identificar instrumentos de avaliação (escalas) que pudessem medir os resultados das intervenções de enfermagem, cuja análise contribuiu para a decisão de construirmos um guião de entrevista centrado nas pessoas, que preconiza a compreensão do que a mesma valoriza face às intervenções de enfermagem no âmbito da capacitação para a autogestão dos diferentes regimes terapêuticos.

Esta metodologia contribuiu para a consecução do que pretendemos investigar, isto é, não passa por identificar se os enfermeiros estavam a desenvolver bem ou mal as intervenções autónomas de enfermagem, mas sim identificar e caracterizar as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular, assim como numa fase posterior, identificar a perceção das pessoas em relação aos resultados dessas intervenções (Silva, 2012, p.17).

Em relação ao tratamento dos dados ao longo do estudo mobilizamos o programa “software” NVIVO10 no âmbito das narrativas de ação. Mobilizamos a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2013) quer para a codificação das narrativas, como para o texto produzido na sessão de “Focus Group”, do registo das observações e das respostas dadas pelas pessoas sujeitos de cuidados no momento da entrevista. Mobilizamos também o programa “SPSS22”, para a concretização da estatística descritiva com recurso às medidas de tendência central.

Na terceira parte deste estudo apresentamos a análise dos dados numa perspetiva de compreensão do fenómeno em estudo. Nesta parte evidenciamos a importância da análise que desenvolvemos de forma indutiva, uma vez que os significados assumem extrema importância, ou seja, há uma preocupação com as perspetivas dos participantes para dar sentido à dinâmica interna dos fenómenos (Caria, 2002; Flick, 2005; Silva, 2012).

Face à questão de investigação “Quais as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular”, definimos os seguintes objetivos:

- ✓ Identificar as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado - gestão dos regimes terapêuticos (GRT) em pessoa com doença cardiovascular;
- ✓ Identificar boas práticas de enfermagem referidas pela pessoa com doença cardiovascular;
- ✓ Caracterizar as intervenções de enfermagem promotoras de processos de tomada de decisão que capacitam a pessoa no autocuidado – GRT

A finalidade é desenvolver uma teoria prescritiva de enfermagem centrada na pessoa com doença cardiovascular cujas intervenções de enfermagem sejam promotoras da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos.

A quarta parte, descrevemos a teoria prescritiva de enfermagem centrada na promoção da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular.

Nas conclusões evidenciamos os contributos da teoria que desenvolvemos para a prática clínica, educação, gestão e investigação em enfermagem.

PARTE I – CONCEÇÃO TEÓRICA

1 – AUTOCUIDADO GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

A pessoa durante o ciclo vital desenvolve capacidades de acordo com um conjunto de fatores intrínsecos e extrínsecos que lhe permitem construir de forma integrativa os valores, padrões sociais e culturais, cujos pilares emergem da família, da escola, dos pares com que se relaciona, das crenças que lhe são transmitidas, da forma como as vivencia e das regras da sociedade em que está inserida (Orem, 1995, 2001; Caria, 2002; Silva, 2010, 2012, 2014).

A construção da pessoa enquanto ser único, responsável pelas suas ações e decisões, relaciona-se com todas estas dimensões, no entanto, a sua capacitação depende não só da forma como as integra, como também daquilo que valoriza neste processo de construção do seu projeto de vida (Meleis, 1991; Orem, 1995; 2001; Silva, 2012, 2014).

A conceção por parte da pessoa desta construção é tanto mais evidente quanto maior for a capacidade para se questionar sobre a mesma. Nesta perspetiva, o contributo que cada pessoa dá à sociedade em que se insere é promotora de uma relação de dupla reciprocidade, em que cada uma das partes é corresponsável pela formação e desenvolvimento das capacidades para as tomadas de decisão informadas, quer no âmbito dos projetos individuais, quer coletivos, cujos resultados serão evidentes na globalidade pela forma como cada pessoa se insere numa sociedade e cujo projeto de vida será o espelho desta relação recíproca (WHO, 2002, 2013; DGS, 2010; Silva, 2012; Balsa, 2006).

Esta construção da pessoa integra uma dimensão extremamente importante, que na atualidade se discute em muitas áreas, mas que é transversal, a literacia. Este é um conceito que promove a reflexão em torno não só dos aspetos cognitivos, mas na forma como cada pessoa integra as vivências e experiências do seu dia-a-dia, no sentido da construção integrativa das mesmas para situações futuras, capacitando-a para tomadas de decisão responsáveis e que promovam uma cidadania ativa no âmbito, quer do projeto de vida individual, quer coletivo (DGS, 2006, 2010).

A discussão em torno destas questões promove a reflexão centrada na consciência individual de cada pessoa, à perceção que tem dos problemas e às

estratégias que mobiliza para os resolver, minimizar ou readaptar-se. Centrados nesta área específica, ou seja, tendo em conta a pessoa com doença cardiovascular, consideramos de extrema importância desenvolver o conhecimento na área da disciplina de enfermagem com a perspetiva de compreender em primeiro lugar todas estas dimensões da pessoa e a forma como as integra e mobiliza. À posteriori será pertinente desenvolver uma teoria prescritiva com intervenções de enfermagem, centradas nestas dimensões e que promovam a capacitação da pessoa com doença cardiovascular no âmbito da gestão dos regimes terapêuticos, farmacológicos e não farmacológicos (Sousa, 2003; Machado, 2009; Silva, 2010, 2012, 2014).

Ao refletirmos na capacitação da pessoa, temos em conta a conceção que a mesma tem de saúde, da forma como a integra no seu dia-a-dia, que mecanismos mobiliza e como a perspetiva na relação com o ambiente e com os cuidados de saúde a que tem acesso. Esta centralidade na pessoa e na conceção que tem de saúde, promove cuidados numa lógica do autocuidado e autogestão para o cuidado, cujo conhecimento por parte dos profissionais de saúde, mais especificamente os enfermeiros, trará ganhos quer para a pessoa, quer para a sociedade em geral (Orem, 1995, 2001; Amendoeira, 2006; Silva, 2010, 2012, 2014).

1.1 - GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO EM PESSOA COM DOENÇA CARDIOVASCULAR

Realizamos um estudo centrado nas pessoas (Silva, 2010), cuja finalidade foi compreender quais as dimensões que as levavam a aderir aos diferentes regimes terapêuticos. Consideramos que só através da compreensão das razões que levam a pessoa a aderir ou não aos diferentes regimes terapêuticos, com o envolvimento da mesma e da mobilização e integração dessas mesmas razões, conseguimos intervir de forma individualizada e promover a capacitação para uma gestão adequada dos diferentes regimes terapêuticos da pessoa com doença cardiovascular (Silva, 2010). Numa perspetiva de continuidade desenvolvemos o estudo centrado na identificação das intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular.

A complexidade do regime terapêutico farmacológico no âmbito do tratamento e prevenção do agravamento da doença cardiovascular, exige por parte da pessoa uma capacidade de adaptação e readequação do seu quotidiano, consoante a fase de vida em que se encontra, que habitualmente e segundo alguns estudos evidenciam uma taxa de não adesão superior à pretendida pela Organização Mundial de Saúde e a nível nacional da Direção Geral de saúde (Araújo e Garcia, 2006; Cohen, 2009; Sutherland e Hayter, 2009; DGS, 2006, 2006; WHO, 2003, 2007, 2013, 2014).

No regime não farmacológico, esta complexidade não se centra na quantidade de medicação e do esquema a implementar, mas não menos importante, na capacidade e na forma como a pessoa enfrenta estas mudanças de comportamento e as integra no seu dia-a-dia como fazendo parte das suas rotinas diárias. Segundo alguns estudos, uma das grandes barreiras para a implementação de hábitos de vida saudáveis, incluindo alimentação, exercício físico, moderação ou cessação do tabagismo e ingestão de álcool, hábitos de sono, controlo do peso e hábitos de autovigilância de saúde, são a motivação individual, o contexto sociocultural, a (in)capacidade de avaliar a relação custo benefício e a relação com o profissional de saúde, com relevância para o não envolvimento da pessoa no processo e nas tomadas de decisão, a forma como se comunica e transmite as informações e o acompanhamento da situação (Kutzleb, Reiner, 2006; Risser, Jacobson, Kripalani, 2007; Hughes, 2008; Washburn, Hornberger, 2008; Sutherland e Hayter, 2009; Negreiros et al, 2010; Chan et al, 2012).

Ao conhecermos as razões que levam a pessoa a aderir ou não aderir, consideramos que as intervenções de enfermagem no âmbito da promoção desta capacitação traduzir-se-ão em resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem centrados na pessoa e com impacto para a saúde individual e coletiva de uma sociedade.

Perante estas dimensões, consideramos que a pessoa mais do que aderir ou não aderir aos diferentes regimes terapêuticos, necessita de ser capacitada para a tomada de decisão informada e responsável de acordo com um conjunto de ferramentas que lhe são disponibilizadas, cuja utilidade e integração de forma sistematizada e com acompanhamento próximo a torna capaz e autónoma nas decisões e na procura do seu projeto de saúde individual (Kutzleb, Reiner, 2006; Washburn, Hornberger, 2008; Silva, 2012, 2014; Chan et al, 2012).

Assumimos que a capacitação da pessoa com doença cardiovascular não poderá passar apenas pelo fornecimento de informações, indicações, conselhos e orientações. A evidência científica releva a importância do envolvimento da pessoa no processo de decisão, no acompanhamento de proximidade, na negociação das estratégias a implementar, no conhecimento das necessidades reais, na capacidade de mobilizar os recursos que possui e no envolvimento da família. Todos os estudos demonstram resultados efetivos no âmbito da adesão e da promoção da autogestão para estas dimensões dos cuidados (Kutzleb, Reiner, 2006; Risser, Jacobson, Kripalani, 2007; Hughes, 2008; Washburn, Hornberger, 2008; Sutherland e Hayter, 2009; Silva, 2010; Negreiros et al, 2010; Chan et al, 2012; Fonseca et al, 2012).

Numa dimensão evolutiva dos conceitos, onde a perspectiva da pessoa tem vindo a ser equacionada ao longo de décadas e cuja responsabilidade também tem sofrido evolução e de acordo com a evolução paradigmática das profissões da saúde, integra não só a dimensão do tratamento da doença, mas também dimensões antropológicas, culturais, económicas, que exercem uma influência de extrema relevância nas tomadas de decisão da pessoa no âmbito da saúde. Também na perspectiva da pessoa esta responsabilização tem vindo a ser analisada, cujos resultados demonstram a sua integração ao longo dos tempos nas tomadas de decisão relacionadas com a saúde (Kutzleb, Reiner, 2006; Silva, 2012, 2014).

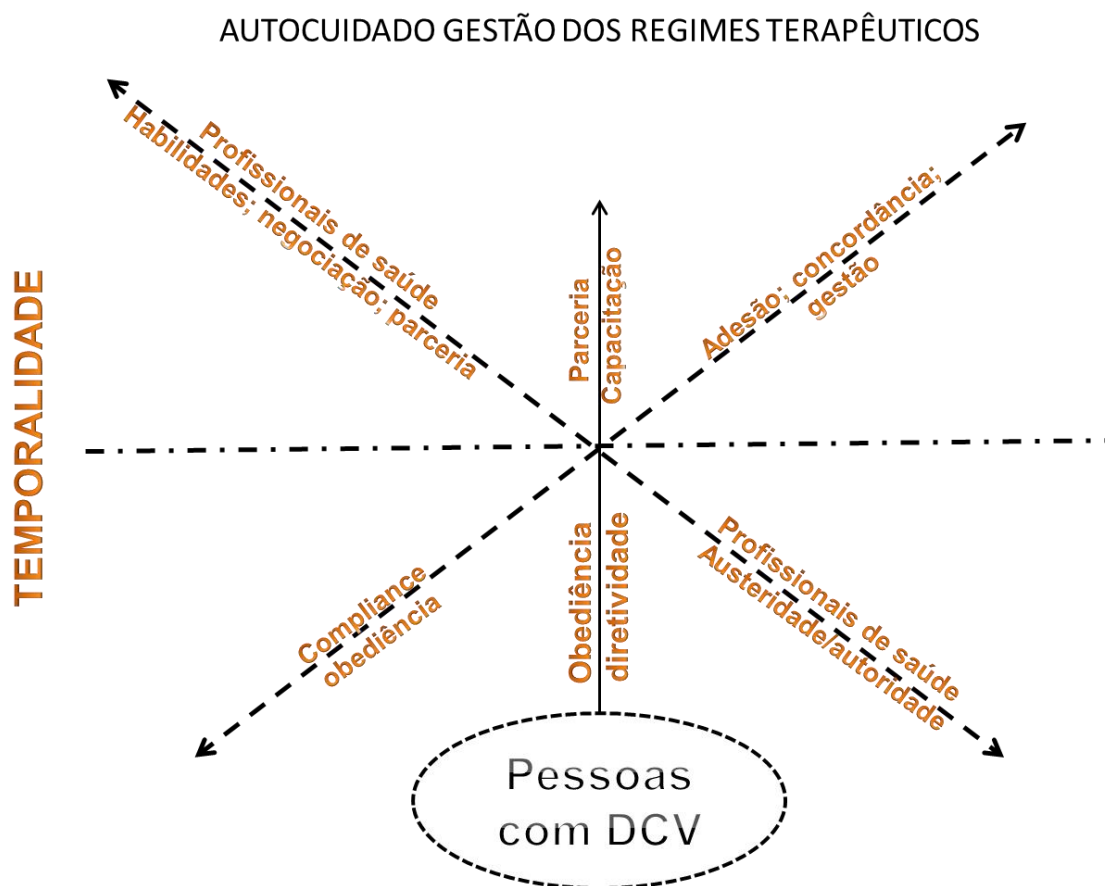


Figura nº1 - Evolução dos conceitos de adesão numa perspectiva temporal de acordo com alguns estudos científicos (Shih et al, 2005; Nieuwenhuijsen et al, 2005; Ownby et al, 2006; Poirier et al, 2006; Ben-Arye et al, 2007; Washburn e Hornberger, 2008; Williams, Manias, Walker, 2008; DeSimone e Crowe, 2009; Lee et al, 2009; Pascucci et al, 2010; Silva, 2010, 2012, 2014; Brunton, 2011)

Relevamos face à revisão de literatura realizada, uma evolução dos conceitos, tendo por base a perspectiva da centralidade da pessoa nos cuidados de saúde. Em 2008 Ingersoll e Cohen, numa revisão sistemática sobre a influência dos fatores na adesão ao regime terapêutico em tratamentos prolongados, referem que "Estudos sobre a adesão estavam em voga há 30 anos, tem havido um novo interesse na adesão durante a última década..."¹. Percebemos que a partir da década de 80, evidência científica tem vindo a ser produzida, no entanto, muitos dos achados revelam essencialmente dimensões relacionadas com os benefícios das pessoas cumprirem um regime instituído, centrados nos profissionais de

¹ "Lastly, while studies of adherence were in vogue 30 years ago, there has been a resurgence of interest in adherence during the last decade..." (Ingersoll e Cohen, 2008)

estas dimensões de forma transversal, ou seja, perceber que este fenómeno tem que integrar ambos os intervenientes no processo, ou seja, os profissionais de saúde e as pessoas/família/grupo ou comunidade (Blanski, Lenardt, 2005; Ownby et al, 2006; Ben-Arye et al, 2007; Williams, Manias, Walker, 2008; DeSimone, Crowe, 2009; Bosworth et al, 2009; Pascucci et al, 2010; Dunlay et al, 2011; Brunton, 2011; Silva, 2012, 2014).

Em relação às intervenções de enfermagem que implementam a adesão à terapêutica, em pessoas com várias doenças crónicas, relevamos três conceitos inerentes a esta temática: Compliance, Adherence e Concordance. **Adherence** na medida em que as pessoas seguem as instruções que são prescritas pelos profissionais de saúde, que envolve a escolha da pessoa com ausência de juízos ou julgamentos. Em oposição, **Compliance** centrando apenas nos profissionais de saúde a responsabilidade da prescrição, sendo o seu cumprimento da responsabilidade das pessoas, o que releva a conformidade, reforça a sua passividade no processo e promove a auto culpabilização, em caso de não cumprimento. O conceito de **Concordance** emerge numa parceria/relação consultiva e consensual entre a pessoa e o médico. Redimensiona o conceito de adesão, incluindo o conceito de decisão partilhada ou acordo consensual sobre o tratamento, no qual as crenças e preferências da pessoa são consideradas. Consideramos extensível a qualquer outro profissional de saúde que prescreva intervenções, como é o caso dos enfermeiros. Segundo estes autores é um conceito em construção face à adesão cujo processo evolutivo concetualiza esta preocupação emergente da capacitação das pessoas nos seus processos de saúde doença (Williams, Manias, Walker, 2008 citando Haynes, 2005; Brunton, 2011).

Neste âmbito, por exemplo Rogers (1951), já produzia teoria sobre motivação, e alguns modelos que emergem depois, como HBC (Health Behavior Change), HBM (Health Belief Model), SCT (Social-Cognitive Theory), TMBC (Transtheoretical Model of Behavior Change) (Nieuwenhuijsen et al, 2005). Consideramos que todos estes modelos, nos permitem compreender que para capacitar as pessoas para gerirem os seus regimes terapêuticos, o conhecimento da forma como respondem aos seus processos de saúde doença, é crucial, daí esquematicamente a dimensão da temporalidade estar presente (Thompson et al, 2011; Silva, 2012).

Perante determinadas circunstâncias no estado de saúde das pessoas, na gestão dos regimes terapêuticos, emergem necessidades específicas de cuidados que implicam aprendizagem e readaptação no seu dia-a-dia, para os quais não se encontram preparadas. Os enfermeiros pela proximidade, pela essência e objeto de estudo da disciplina, as respostas humanas aos processos de saúde/doença, proporcionam em conjunto com a pessoa/família/grupo ou comunidade estratégias de aprendizagem face à aquisição de novos hábitos alimentares, gestão de terapêutica medicamentosa, consciencialização sobre os malefícios do consumo de álcool, tabaco e outros (Kutzleb, Reiner, 2006; Petronilho, 2012).

Neste âmbito, enquanto disciplina e segundo os Enunciados Descritivos da Ordem dos Enfermeiros (2001, p.4) “...a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional (...) nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde...”, o que integra o contributo das intervenções de enfermagem no âmbito desta procura da excelência nos processos de cuidados com a pessoa, família e/ou comunidade.

No que diz respeito aos estudos desenvolvidos no âmbito da gestão dos regimes terapêuticos, duas dimensões deste fenómeno têm sido mobilizadas, a gestão ao nível do regime terapêutico quer farmacológico, quer não farmacológico, cuja centralidade tem sido essencialmente ao nível da pessoa em processo de saúde doença como a Diabetes, a Insuficiência Renal Crónica e a Hipertensão. No entanto existe uma outra dimensão que se encontra integrada na anterior, ou seja, a adesão, onde também se têm desenvolvido alguns estudos centrados na pessoa e nos processos de avaliação deste fenómeno, com abordagens tanto quantitativas como qualitativas (Leite e Vasconcelos, 2003; Sousa, 2003; Henriques, 2006; Machado, 2009; Catela, 2010; Silva, 2010, 2012, 2014; Bastos, 2012).

Sistematizamos o conhecimento face às questões mais específicas da adesão aos diferentes regimes terapêuticos com resultados de estudos que analisamos na revisão de literatura, no sentido de evidenciar algumas das dimensões que refletimos e contribuíram para a realização deste estudo no âmbito do autocuidado – gestão dos regimes terapêuticos.

A intervenção terapêutica dos enfermeiros na educação para a saúde será um dos recursos, tendo como foco a promoção de comportamentos de adesão como

processo intencional da ação profissional; a entrevista de acolhimento de forma sistemática a todas as pessoas ou família e o reforço da informação escrita contribuem não só para a compreensão do fenómeno da adesão ao regime terapêutico centrado na pessoa como para a capacitar na gestão dos seus processos de saúde doença (Machado, 2009).

Constatamos que (Machado, 2009) demonstra uma preocupação mais centrada no regime terapêutico farmacológico onde emergem as questões relacionadas com a medicação e o seu cumprimento, descurando as razões sociais e culturais que levam a pessoa a aderir ou não. Os estudos no campo dos medicamentos predominam com a não priorização do papel da pessoa no processo de saúde/doença e tratamento. Poucos são os estudos que avaliam as dimensões sociais e culturais, como a adesão resultado de um processo de decisão racional, assumindo que as questões da adesão devem ser vistas como um todo e que devemos ter em consideração o meio social e cultural em que ocorrem (Leite e Vasconcelos, 2003; Silva 2010).

Perante a evidência que temos vindo a relevar no âmbito da adesão, consideramos que as intervenções de enfermagem centradas na pessoa e nas suas necessidades poderão contribuir para a sua capacitação na autogestão dos diferentes regimes terapêuticos, uma vez que em termos de conceção a pessoa tem que desenvolver instrumentos e capacidades para poder gerir a forma como deve aderir aos diferentes regimes terapêuticos. Uma revisão sistemática de literatura (Henriques, 2006), revela a necessidade de ações múltiplas e multidisciplinares, intervenções de médicos, farmacêuticos e enfermeiros, integrando estratégias educacionais e comportamentais; a enfermagem tem um papel crucial pela proximidade e conhecimento do contexto na implementação de intervenções promotoras de uma gestão adequada do seu regime terapêutico; poder-se-á constituir como o elo de ligação entre a equipa de saúde; a necessidade de estudar a eficácia das intervenções de diferentes tipos, com comparação entre si; a centralidade nos idosos e suas necessidades efetivas, avaliação do que os idosos querem e precisam de aprender; a importância do acompanhamento dos idosos durante um longo período de tempo, pelo menos seis meses emergem como cruciais na promoção da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos (Henriques, 2006).

Numa perspetiva da centralidade na pessoa, Silva (2010) desenvolveu um estudo que evidencia as dimensões do ser humano que promovem a adesão aos

diferentes regimes terapêuticos. A perspectiva de estudar o ser humano e as razões que o levam a aderir ou não aos diferentes regimes terapêuticos, integra o objeto de estudo da disciplina, ou seja, as respostas humanas aos processos de saúde doença. Através da compreensão das razões e das respostas do ser humano a este fenómeno, podemos desenvolver intervenções de enfermagem cuja centralidade é o ser humano, integrando os resultados do estudo como mais-valias para uma prática clínica em enfermagem mais personalizada e onde as tomadas de decisão emergem de uma avaliação conjunta, cujos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem se traduzem como promotores da adesão aos diferentes regimes terapêuticos (Silva, 2010).

A evidência permite compreender que, face à adesão, o ser humano mobiliza essencialmente a sua responsabilidade no desenvolvimento de estratégias para integrar novos hábitos; as experiências positivas anteriores; as crenças pessoais, motivação, emoções e sentimentos; a família como suporte e promotora da adesão; a comunidade e a cultura como fatores que influenciam a adesão e a valorização das competências dos profissionais de saúde na implementação, promoção e supervisão dos regimes terapêuticos (Sousa, 2003; Machado, 2009; Silva, 2010). Em relação à não adesão, encontramos as questões da incapacidade cognitiva; ideias erróneas face ao problema de saúde; perceção do regime terapêutico como restritivo para o seu quotidiano; falta de motivação; o tempo de tratamento e o desaparecimento de sintomas; a focalização no problema de saúde apenas no presente; questões económicas; hábitos socialmente integrados; mobilização de crenças em detrimento dos regimes instituídos. Como sugestões do estudo emerge o desenvolvimento de intervenções de enfermagem promotoras da adesão aos diferentes regimes terapêuticos no ser humano (Silva, 2010).

Numa revisão sistemática de literatura realizada em fevereiro de 2011 (Anexo I) com o objetivo de compreender a evidência científica produzida nesta área do conhecimento em enfermagem e validar a pertinência do estudo, enunciamos a seguinte questão: “Quais as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado – gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular?”

Relevamos a perspectiva da gestão das doenças crónicas, como importante para integrar algumas dimensões do conhecimento na relação entre o que se conhece

face a esta preocupação da promoção da gestão em pessoas com doença crónica, mas não especificamente com doença cardiovascular.

Deaton e Namasivayam in Goldstein (2006) avaliaram os resultados dos pacientes cardíacos. Esta revisão constatou que aproximadamente 50% dos reinternamentos hospitalares, durante um ano na sequência de um enfarte agudo do miocárdio foram relacionados aos fatores psicossociais, reforçado pelo estudo de Silva em 2010, que refere as crenças individuais, as relações e suporte familiar e as emoções e sentimentos vivenciadas, por cada ser humano, influenciam o processo de adesão aos diferentes tipos de regime terapêutico.

Os mesmos autores Deaton e Namasivayam in Goldstein (2006) encontraram benefícios significativos das intervenções de enfermagem na redução de complicações e de reinternamentos entre esta população. Observaram que mais pesquisa em enfermagem clínica baseada em evidência deve ser empreendida para alcançar e destacar a importância das intervenções de enfermagem entre este grupo de pessoas com doenças crónicas. Embora não tratem especificamente da gestão da doença, a revisão é coerente com a importância da participação da enfermagem na gestão dos processos de doença (Deaton e Namasivayam in Goldstein (2006)).

Integrado no artigo da revisão, Miller in Goldstein (2006) discute o ensino de medicação como um aspeto crítico do autocuidado e da gestão de doenças crónicas nos idosos. Observa que a gestão da medicação e o auto atendimento geriátrico deve incluir decisões sobre o custo e a eficácia terapêutica, bem como as questões de segurança. Afirma que os enfermeiros têm responsabilidades importantes no ensino dos idosos sobre os seus direitos de questionarem, para que eles possam obter respostas para as (suas) perguntas complexas. O ensino da medicação está a tornar-se de crucial importância nos programas dos cuidados domiciliários para evitar complicações devido aos complexos regimes terapêuticos e aos efeitos adversos e interações medicamentosas. Segundo Silva (2010) esta questão evidencia as dimensões relacionadas com o ser humano e a adesão aos regimes terapêuticos farmacológicos, cujos resultados demonstram que esquemas terapêuticos complexos e processos de cognição alterados promovem a não adesão.

Ainda integrado no mesmo artigo, a descrição de um programa "Vencer os Sintomas" Nodhturft et al in Goldstein (2006) que enfatizou a gestão das doenças: diabetes, doenças cardiovasculares e hipertensão. Componentes chave

deste programa inovador, incluem um workshop de 2,5 horas realizadas semanalmente, durante 6 semanas. As sessões focam sobre "Técnicas para lidar com problemas como frustração, fadiga, dor e isolamento; exercícios para manter e melhorar a força, flexibilidade e resistência; uso adequado de medicamentos; comunicação eficaz com a família, amigos e profissionais de saúde, nutrição e avaliação de novos tratamentos." As pessoas envolvidas neste programa recebem também um livro com informação, que ajuda a desenvolver competências de gestão de saúde e de responsabilidade pessoal nos cuidados de saúde.

Farrell, Wicks e Martin in Goldstein (2006), utilizaram dimensões psicológicas como as teorias de autoeficácia para melhorar a adesão ao tratamento e autogestão. Este estudo avaliou pessoas com doença crónica num contexto rural. Incluiu a gestão cognitiva dos sintomas, as habilidades de comunicação. Os autores relataram melhorias significativas nos comportamentos de autogestão. Estas abordagens refletem a importância crescente da transdisciplinaridade onde as teorias de enfermagem e outras confluem no resultado comum, uma abordagem com a pessoa na gestão da doença crónica. Esta perspetiva vem ao encontro do que Silva em 2010 refere como considerações finais, a importância do desenvolvimento de intervenções de enfermagem centradas na pessoa, que promovam este processo de capacitação na autogestão dos diferentes regimes terapêuticos.

Leff et al in Goldstein (2006), num relatório sobre um estudo para apoio à viabilidade da comunidade e gestão de saúde no domicílio da pessoa, contribuíram com evidências no âmbito dos cuidados a pessoas com doença aguda em ambientes domiciliários. Os resultados demonstraram ser possível, assim como a preferência da pessoa e suas famílias em relação ao atendimento no hospital com uma percentagem de 60% para 30%. Consideram que este estudo vai estimular muita discussão sobre projetos de acompanhamento na tentativa de monitorizar os resultados e a qualidade dos dados relacionados com os cuidados de saúde em pessoas com doença aguda em contexto domiciliário. Esta é uma área onde os enfermeiros têm um leque abrangente de competências e capacidades para influenciar as normas para a pessoa gerir os seus processos de saúde/doença.

Estas dimensões contribuíram para um background de conhecimento mais abrangente e para uma orientação heurística, tendo como principal preocupação

contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem no âmbito da promoção e capacitação das pessoas com doença cardiovascular para tomadas de decisão e gestão dos seus processos de saúde doença.

A importância da gestão das condições crónicas coexistentes em pessoas de todas as idades revela-se crucial para retardar a progressão, prevenir doenças e ainda reduzir o risco de duplicação nos tratamentos e incompatibilidades que afetam negativamente os resultados em saúde. Concomitantemente, os fatores relevados na promoção da adesão e consequente capacidade para gerir mais eficazmente os seus regimes terapêuticos passam pela simplificação dos regimes terapêuticos, suporte social adequado, capacidades económicas, potenciar a educação e a literacia em saúde, aprofundar a parceria pessoa/profissionais de saúde, no planeamento dos cuidados a implementar, promover estratégias de comunicação para os profissionais de saúde na interação com as pessoas, respeito pelas dimensões culturais (Nodhturft et al. in Goldstein (2006); Deaton e Namasivayam in Goldstein (2006); Miller in Goldstein (2006); Farrell, Wicks, e Martin in Goldstein (2006); Shih et al, 2005; Leff et al in Goldstein (2006); Ownby et al, 2006; Ben-arye et al, 2007; Williams et al, 2008; Lee et al, 2009; Brunton, 2011).

A maioria dos estudos demonstram a importância da proximidade e do desenvolvimento de estratégias com as pessoas, para a sua capacitação na gestão dos regimes terapêuticos. Estas passam por:

- Educação sobre as possíveis consequências das doenças e as razões para o tratamento; informação clara e completa;
- Auscultar a pessoa sobre a adesão; treino da entrevista (a forma como se pergunta influencia as respostas)
- Monitorizar as dificuldades das pessoas no envolvimento terapêutico; envolvimento da pessoa na decisão; estabelecer objetivos;
- Recorrer a autoavaliações frequentes e de ambas as partes;
- Promover tempo real de feedback;
- Promover comunicação empática, sem juízos, aumenta a probabilidade de respostas honestas; comunicação aberta e colaborativa;
- Escuta ativa; suporte emocional;
- Apoio na adoção de comportamentos que promovam a adesão ao tratamento e os resultados objetivos e benefícios percebidos para a sua saúde; cuidados de manutenção e acompanhamento, lembretes;

suporte social (família) (Shih et al, 2005; Ownby et al, 2006; Ben-arye et al, 2007; Williams et al, 2008; Lee et al, 2009; Brunton, 2011).

Por último, mas não menos importante, a perspetiva da pessoa e das suas capacidades de gestão, decisão e manutenção do seu projeto de vida e de saúde, ou seja, só através do envolvimento e do acompanhamento próximo e reforço periódico, as pessoas gerem melhor e mantêm os regimes terapêuticos (Nodhturft et al. in Goldstein (2006); Deaton e Namasivayam in Goldstein (2006); Miller in Goldstein (2006); Farrell, Wicks, e Martin in Goldstein (2006); Leff et al Miller in Goldstein (2006); Shih et al, 2005; Ownby et al, 2006; Ben-arye et al, 2007; Williams et al, 2008; Lee et al, 2009; Brunton, 2011).

Um dos grandes desafios para os enfermeiros, é a promoção e a educação em saúde, numa perspetiva, não de transferir os conhecimentos que lhes são próprios, mas de fazer sentir à sociedade e às pessoas que cuidam, de que são um recurso especializado, cujas intervenções poderão passar por orientação, supervisão e acompanhamento próximo, no sentido da prevenção, manutenção e recuperação da sua saúde. Esta dimensão e responsabilidade social que a Enfermagem assume enquanto disciplina e profissão, contrariará aquilo que até à data, tem sido o grande problema da enfermagem, ou seja, numa dimensão político-económica ser considerada como uma despesa, quando na nossa perspetiva e segundo alguns autores que têm refletido e produzido conhecimento sobre estas questões, produz cuidados e resultados que contribuem para o bem-estar e saúde da sociedade (Amendoeira, 2006; Costa, 2002).

Os enfermeiros são um grupo profissional que tem desenvolvido conhecimento em todos os contextos de cuidados, desde a área hospitalar, aos cuidados de saúde na comunidade, visitação domiciliária, na saúde escolar, saúde no trabalho, nas instituições de solidariedade social, unidades cuidados continuados, (nas quatro tipologias: curta duração e reabilitação, média e longa duração e cuidados paliativos), procurando em cada uma das áreas a especialização do conhecimento em enfermagem. Conscientes de que podemos fazer mais e melhor, também partilhamos que é nos contextos da prática clínica, ou seja na ação, que podemos desenvolver um julgamento clínico, que permita a reflexividade na interação com as pessoas que cuidamos. Consideramos esta reflexividade como um mecanismo de retroalimentação para a teorização das práticas, numa procura constante de uma prática baseada na evidência que

permita compreender não só a ação, mas também a razão para a ação, sendo este processo cíclico e dinâmico. Esta complexidade, face aos desafios da atualidade e à emergência de novos contextos de cuidados, exige dos enfermeiros formação ao longo da vida (Le Boterf, 2006; Amendoeira, 2006).

Além dos aspetos enunciados anteriormente, constatamos que intervenções de enfermagem ou de outros profissionais de saúde com as pessoas, promotoras quer de adesão, quer de autogestão, centram-se essencialmente a quatro níveis: avaliação das necessidades de saúde das pessoas; integração da evidência científica nos processos de cuidados; desenvolvimento de habilidades comunicacionais e de relação/aliança terapêutica com as pessoas e promoção e educação em saúde.

A avaliação das necessidades de saúde das pessoas é uma dimensão a desenvolver cada vez mais, numa perspetiva de centrar os cuidados nas pessoas e naquilo que é o objetivo comum dos profissionais de saúde, prevenir e promover a saúde das populações, tendo por base ambas as conceções de saúde. Segundo Williams et al (2008), uma abordagem multidisciplinar será promotora de habilidades, confiança, motivação, conhecimento e suporte necessários à capacitação e segurança das pessoas. Os cuidados de enfermagem a pessoas com múltiplas doenças crónicas necessitam de um conhecimento profundo, sobre a forma de as ajudar e proteger, cujo contributo de uma prática baseada na evidência é crucial. Esta avaliação permite um investimento em intervenções psicossociais, envolvendo as pessoas no autocuidado gestão dos regimes terapêuticos, promovendo estratégias e tomadas de decisão com o objetivo de as capacitar para os complexos processos de saúde/doença.

A importância da avaliação das necessidades de saúde das pessoas, para podermos responder de forma mais personalizada às mesmas, permite-nos conhecer por exemplo, que existem fatores que influenciam a capacidade das pessoas gerirem de forma consistente e contínua os seus regimes terapêuticos. Estes fatores podem variar de pessoa para pessoa. Mesmo em termos individuais, por exemplo, as crenças que uma pessoa apresenta podem variar de um medicamento para outro, de uma doença para outra ao longo do tempo, o que implica que as intervenções devem ser multifacetadas e adaptadas individualmente para cada pessoa (Brunton, 2011).

Só conseguimos fazer uma transição para um paradigma de integração ou transformação na conceção de cuidados, quando implementarmos uma prática

baseada na evidência tendo por base uma construção validada com as pessoas das intervenções de enfermagem que elas próprias necessitam, o que promove em etapas subsequentes, a procura dos cuidados especializados de enfermagem por parte das pessoas (Costa, 2002; Amendoeira, 2006).

O desenvolvimento de habilidades comunicacionais centrada na interação e na colaboração com a pessoa, no sentido de encontrar os seus objetivos, a sua motivação para mudanças de estilo de vida e de gestão dos seus regimes terapêuticos, é crucial para a construção de uma relação/aliança terapêutica. Os três tipos de entrevista para esta aliança, focada na solução, motivacional e modelo de interesse na medicação, tendo as duas últimas, resultados importantes na melhoria da adesão à medicação e até em muitas outras áreas, que segundo a nossa conceção integram o regime terapêutico não farmacológico: exercício, dieta, programas de bem-estar. As respostas das pessoas permitem aos profissionais de saúde orientar áreas a serem abordadas e permitir soluções colaborativas (Brunton, 2011).

Ao nível da promoção e educação em saúde, os artigos analisados relevam essencialmente cinco grandes dimensões:

1. Conhecimento sobre as necessidades de saúde de cada pessoa e das suas capacidades tendo em conta os fatores físicos, psicológicos, socioculturais, ambientais, político-económicos;
2. Metodologias de formação: estratégias, recursos, objetivos, resultados esperados, avaliação;
3. Estratégias de educação personalizadas: informação adequada e adaptada aos grupos/pessoas/família;
4. Promoção de uma relação colaborativa, orientada para a proximidade, acompanhamento e feedback contínuo;
5. Capacitação das pessoas para gerirem de forma mais eficaz e de acordo com os seus objetivos os seus processos de saúde doença (Brunton, 2011).

São dimensões que contribuem para que os enfermeiros possam implementar uma prática baseada na evidência com intervenções de enfermagem de qualidade que produzam resultados sensíveis para a população.

Constatamos que a pessoa ainda assim não consegue gerir de forma eficaz os diferentes regimes, uma vez que pelas conclusões do estudo desenvolvido de

Silva (2010), demonstramos que existem dimensões como os processos cognitivos alterados, expectativas face aos resultados esperados da terapêutica, o tempo do tratamento, situação económica e a responsabilidade centrada nos outros, promovem a não adesão dos diferentes regimes terapêuticos. Esta evidência traduz a necessidade de haver um maior acompanhamento da pessoa no sentido de apoiar e encontrar estratégias que a capacitem para o autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos.

Simultaneamente percebemos que muitos dos participantes do estudo (Silva, 2010) referiram que as informações que os enfermeiros lhes proporcionam por vezes são insuficientes ou não entendem a linguagem, o que os leva a procurar informação colateral (bulas dos medicamentos ou outras pessoas que usem o mesmo regime), sendo uma das causas para abandonarem os regimes terapêuticos. Também Paiva e Silva (2007) refere que quantas pessoas com doença crónica não conseguem integrar no seu autocuidado as orientações provenientes dos profissionais de saúde, quer por informação insuficiente, por pouco cuidado por parte dos enfermeiros, por incapacidades cognitivas que dificultam o processo de aprendizagem, por tomadas de decisão esclarecidas mantendo comportamentos inadequados face aos cuidados necessários para manter a saúde.

Provavelmente os enfermeiros procuram com a pessoa, promover e gerir os diferentes regimes terapêuticos, mas as intervenções específicas neste âmbito não estarão devidamente sistematizadas, ou seja, são orientações de carácter individual e isoladas que não promovem na pessoa processos de transição face à necessidade de adotar determinado tipo de regime terapêutico, o que se torna necessário nesta relação terapêutica cujos resultados esperados, serão as respostas das pessoas no âmbito da autogestão dos regimes terapêutico.

Quando nos situamos num paradigma cuja centralidade é a pessoa, todas estas questões se tornam cruciais para uma prática clínica de enfermagem eficiente e competente. Portanto a preocupação na promoção do autocuidado - gestão dos regimes terapêuticos é evidenciada pelos estudos, que revelam a importância de integrar a pessoa no processo de cuidados, traduzindo-se essa integração em resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Nodhturft et al. in Goldstein (2006); Deaton e Namasivayam in Goldstein (2006); Miller, in Goldstein (2006); Farrell, Wicks, e Martin in Goldstein (2006); Leff et al in Goldstein (2006); Shih et

al, 2005; Ownby et al, 2006; Ben-arye et al, 2007; Williams et al, 2008; Lee et al, 2009; Brunton, 2011).

A forma como cada pessoa gere o seu próprio capital de saúde ao longo da vida, através de opções individuais expressas no que poderemos entender como estilo de vida, constitui assim uma questão fulcral na génese da saúde individual e coletiva (Silva, 2012).

A orientação enquanto referencial para o aprofundamento do conhecimento do fenómeno a estudar, centrou-se nas intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado - gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular, através de uma teoria prescritiva que permita aos enfermeiros na prática clínica desenvolver com a pessoa, família, grupos ou comunidade, processos de cuidados competentes no âmbito do autocuidado. Segundo Amendoeira (2000) este processo é a interação cujo centro de interesse é a pessoa e o profissional que possui os conhecimentos específicos para diagnosticar e planear o trabalho, que ele próprio executa e controla.

1.2 - A PESSOA COM DOENÇA CARDIOVASCULAR

O aumento exponencial das doenças crónicas, que segundo o International Council Nursing (2010), deve-se a um conjunto de fatores ao nível global, nacional e local, integrando as questões relacionadas com alterações cruciais em termos globais e nas sociedades, que passam por uma globalização económica, medidas políticas e sociais e questões de injustiça social, assim como o envelhecimento populacional (Silva, 2012, p.64).

Ao falarmos de pessoas com doença crónica, muitos são os conceitos que por vezes surgem na literatura: doença crónica, quadros crónicos, doenças de longo prazo, doenças do estilo de vida e doenças não transmissíveis. Importa aqui realçar a assunção de dois conceitos da WHO (2002), que descreve a doença crónica como “doenças de duração prolongada e progressão lenta” e os quadros crónicos como “problemas de saúde que exigem tratamento continuado ao longo de um período de anos ou décadas”, o que integra as doenças cardiovasculares, uma vez que a pessoa com estas doenças, face ao que tem sido produzido cientificamente, tem instituído um tratamento continuado que se mantém, evidentemente com possíveis alterações, face a alguma adequação

que ocorra quer em termos involutivos ou evolutivos do problema de saúde (Silva, 2012).

Dos fatores de risco associados a estas mudanças, os modificáveis como o tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física, uso excessivo de álcool, entre outros, constituem-se como um dos desafios que os profissionais de saúde têm para trabalhar com esta sociedade globalizante, da qual também fazemos parte (Silva, 2012).

Em relação à pessoa com doença cardiovascular, alguns dados foram mobilizados tendo por base a Organização Mundial de Saúde, a Direção Geral de Saúde, o Observatório Nacional da Saúde e o Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Os dados evidenciam que as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte (WHO, 2002, 2003, 2007, 2013, 2014; DGS, 2006, 2010).

A doença cardiovascular é causada por distúrbios do coração e vasos sanguíneos, e inclui a doença coronária (Enfarte do miocárdio), doença cerebrovascular (Acidente Vascular Cerebral), pressão arterial elevada (hipertensão arterial), doença arterial periférica, cardiopatia reumática, cardiopatia congénita e insuficiência cardíaca. As principais causas de doença cardiovascular são o consumo de tabaco, inatividade física e uma dieta pouco saudável (WHO, 2002, 2003, 2007, 2013, 2014; DGS, 2006, 2010).

Em 2004, estimava-se que 17,1 milhões de pessoas morreram devido a estas doenças, que corresponde a 29% da mortalidade a nível mundial. Em países de baixo e médio nível económico ocorrem 82% e em proporção idêntica face ao género (WHO, 2002, 2003).

Prevê-se que em 2030, quase 23.6 milhões de pessoas terão como causa de morte as doenças cardiovasculares. O maior aumento percentual irá ocorrer na região do Mediterrâneo Oriental. O maior aumento no número de mortes irá ocorrer na região do Sudeste Asiático (WHO, 2002, 2003, 2007, 2013, 2014).

Na Europa, esta problemática tem merecido a atenção dos organismos responsáveis, existindo programas de intervenção que visam reduzir os fatores de risco modificáveis, como tabagismo e hipertensão arterial, integrando a promoção da saúde e prevenção de doenças. Atualmente, 27 países participam neste programa “The Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention (CINDI)”

Existem ainda dois outros programas, também com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas com doenças cardiovasculares:

- A Declaração de Helsingborg na gestão da doença aguda em 1995 na reunião Pan-European de consenso sobre esta gestão. O encontro foi organizado em colaboração com o Conselho Europeu das doenças súbitas, a Confederação Mundial de Fisioterapia - Europa, a Federação Mundial de Terapia Ocupacional, a Federação Europeia das Sociedades de Neurologistas e da Sociedade Internacional das Doenças Súbitas. Estando atualmente a ser produzido um documento em unidades de AVC.

- O segundo programa é um projeto-piloto que visa melhorar a qualificação dos profissionais da educação em geral. O programa mostra aos formandos como educar pessoas com doença cardiovascular na manutenção e implementação de uma melhor qualidade de vida, mesmo ao nível da reabilitação e prevenção secundária (WHO, 2014).

Por outro lado, relevamos também as questões dos indicadores revelados pela Direção Geral de Saúde (2002), referindo que as doenças cardiovasculares, cancro e outras são a principal causa de morbilidade e mortalidade, assim como as responsáveis por situações de incapacidade e perda de qualidade de vida, citando DALYs¹, European Health Report, WHO, (2002) "...com expressão muito significativa no consumo de serviços de saúde (...) medicamentos e dias de internamento, representando, em 2000, a nível europeu, cerca de 75% da carga da doença (burden of disease)".

Da mesma fonte, mas relativo a dados mais recentes (2004), onde evidencia as questões das doenças cardiovasculares em termos do ranking mundial, numa perspetiva futura, onde as primeiras mantêm a posição e até com uma subida percentual e uma delas subiu da 14^a para a 8^a posição, o que revela a tendência evolutiva no âmbito das doenças cardiovasculares no mundo.

Quadro nº 1 – Causas de mortalidade/Rank/%

2004	(%)	Rank	2030	(%)	Rank
Ischaemic heart disease	12.2	1º	Ischaemic heart disease	14.2	1º
Cerebrovascular disease	9.7	2º	Cerebrovascular disease	12.1	2º
Hypertensive heart disease	1.7	14º	Hypertensive heart disease	2.1	8º

Fonte: World Health Statistics 2008

1.3 - MATRIZ PARA O PROCESSO DE TEORIZAÇÃO

Existem muitas teorias e modelos que ajudam a centrar os cuidados nas pessoas. Nesta dimensão da capacitação das pessoas, Orem (1995), teorizou o autocuidado como um conceito a trabalhar com as pessoas, independentemente dos problemas de saúde que apresentem.

A enfermagem tem como dimensões os conceitos metaparadigmáticos, o método científico e os instrumentos básicos em enfermagem, cuja conceção permite sustentar o objeto de estudo da disciplina “as respostas humanas aos processos de saúde/doença”.

Neste âmbito, os domínios do conhecimento em enfermagem têm por base as dimensões da disciplina, que são o fio condutor para a integração e desenvolvimento das competências que os enfermeiros devem adquirir na sua formação quer inicial, quer ao longo da vida. Segundo Bevis e Watson (2005, p.44) “O conhecimento e os processos de aprendizagem em enfermagem para o futuro exigem muito mais pensamento contemplativo e reflexão sobre os conceitos e os fenómenos associados com a mudança dramática das condições e dos processos da vida humana.”

Quando falamos da prática clínica, integramos o foco da prática como o pilar que serve de suporte ao enfermeiro para poder intervir, tendo por base os princípios científicos e de acordo com um referencial teórico que o posiciona face à pessoa a quem presta cuidados, num ou noutro paradigma, consoante o modelo ou teoria que mobiliza. Segundo Rolim, Pagliuca e Cardoso, (2005) a teoria é a sistematização da perceção do mundo, que permite descrevê-lo, explicá-lo, prevê-lo ou controlá-lo, constituindo o percurso face ao fenómeno a descrever, assim como definir as suas dimensões. Walker e Avant (2005, p.5) referem que “Desenvolvimento da teoria fornece uma maneira de identificar e expressar ideias-chave sobre a essência da prática”

Face à finalidade do estudo, consideramos pertinente evidenciar as suas características, pois os enfermeiros necessitam de uma construção teórica baseada no conhecimento dos fenómenos e das suas relações com as realidades da pessoa cuidada (Meleis, 1991).

Existem vários tipos de teorias, a teoria prescritiva constitui-se como a teoria de enfermagem que aborda as consequências das intervenções terapêuticas. Integra as proposições que exigem mudanças e preveem as consequências de uma determinada estratégia de intervenção de enfermagem. Deverá designar a prescrição e seus componentes, o tipo de cliente que integra a prescrição, as condições em que a prescrição deve ocorrer, e as consequências (Meleis, 1991, p.20).

McEwen (2009) define este tipo de teoria englobando-a nas teorias práticas, micro-teorias e teorias de situações específicas, como as menos complexas e estreitas em alcance, que usando conhecimentos provenientes de outras teorias e contendo um pequeno número de conceitos, explicam um pequeno aspeto da realidade, ou seja, são tendencialmente prescritivas. Amendoeira (2005, p.2) refere que “As teorias prescritivas características das disciplinas profissionais lidam com a atual implementação do conhecimento num sentido prático, isto é, com os saberes.”

A importância das teorias traduz-se no contributo face à identificação dos focos de atenção, dos significados e dos objetivos da prática clínica. A mobilização das teorias na prática clínica melhora a comunicação, promove a autonomia e a responsabilidade para cuidar. Promove nos enfermeiros um controlo sobre o conhecimento que se repercute em ganhos em saúde para a pessoa cuidada. Todas estas dimensões ajudam a estruturar e desenvolver ainda mais a teoria, que se traduz numa maior inter-relação entre a teoria, a investigação e a prática (Meleis, 1991).

Este enquadramento conceptual do fenómeno permite-nos face à questão de investigação formulada: Quais as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular? Integrar o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, no âmbito das intervenções de enfermagem e da sua classificação. Dochterman e Bulechek (2004) definem “Uma intervenção de enfermagem é qualquer cuidado direto que o enfermeiro desenvolve em favor de um cliente” Cada intervenção tem sido definida com um conjunto de atividades apropriadas. A ampla variedade de atividades que os enfermeiros desempenham em prol da pessoa é integrada, nas intervenções independentes e colaborativas e tanto nos cuidados diretos como indiretos (NIC, Nursing Intervention Classification). É considerado parte da tomada de decisão clínica do enfermeiro para documentar os

diagnósticos de enfermagem, os resultados desejados, as intervenções utilizadas e os resultados alcançados.

Ainda numa perspectiva de integrarmos os conceitos consideramos relevante mobilizar o conceito de ação e intervenção de enfermagem segundo o ICN, International Council Nursing, (2003), cuja definição de Ação de Enfermagem “Comportamento das enfermeiras na prática” e Intervenção de Enfermagem “Ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem com a finalidade de produzir um resultado de enfermagem. Uma Intervenção de enfermagem é composta por conceitos contidos nos eixos da classificação das Ações.” (ICN, 2003, p. xix)

Os resultados constituem-se noutro conceito importante para compreendermos como as intervenções de enfermagem o traduzem. “Os resultados da pessoa constituem o critério com base no qual é julgado o sucesso de uma intervenção de enfermagem. Um resultado é definido como “um estado, comportamento ou percepção de um indivíduo, família ou comunidade, medido ao longo de um continuum, em resposta a uma intervenção(ções) de enfermagem” (NOC, Nursing Outcomes Classification, 1997) Constituem-se como um conjunto de indicadores e de medidas para determinar a intervenção de enfermagem e os resultados alcançados (Moorhead, Johnson e Maas, 2008, p.19).

Quando falamos de resultados de Enfermagem, também mobilizamos os indicadores de saúde, tal como Petronilho (2012) quando refere que a capacidade dos enfermeiros em diagnosticar as necessidades dos cidadãos, desde a conceção à implementação de intervenções que colmatem essas necessidades, permite criar instrumentos de avaliação com o objetivo de produzir resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, ou seja, modificações que se desejam positivas na condição de saúde dos cidadãos, que resultem das intervenções de enfermagem. Para o mesmo autor citando Paiva e Silva (2007, p.37), “Uma enfermagem focalizada na gestão dos processos fisiológicos, para uma enfermagem centrada na promoção dos processos adaptativos ou processos intencionais, face à necessidade das pessoas reformularem o seu projeto de saúde e de vida, com enfoque nas respostas humanas envolvidas nas transições ao longo do ciclo vital.” É de uma importância crucial para a evolução de exercício profissional de enfermagem.

1.3.1 - Contributos da Teoria do Autocuidado de Orem

A teoria geral de enfermagem concetualizada por Orem (2001) integra três constructos interrelacionados: teoria do autocuidado; teoria do *défice* do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem.

Em relação à teoria do autocuidado, como o próprio fundamento ilustra, permite-nos trabalhar o conceito de autocuidado numa perspetiva da promoção da capacitação da pessoa em relação ao mesmo. "...a teoria do autocuidado favorece a autonomia do indivíduo para o autocuidado ao conduzir a pessoa assistida ao reconhecimento de suas habilidades e capacidade de cuidar de si e do outro..." (Silva e Murai, 2012, 60).

Neste contexto integramos os conceitos que serão o fio condutor para a compreensão do fenómeno, desta teoria: autocuidado, as ações de autocuidado, as exigências terapêuticas, os requisitos para o autocuidado e a necessidade terapêutica de autocuidado. Esta teoria tem contribuído para o desenvolvimento de investigação, que demonstra evidência científica nos vários domínios do conhecimento em enfermagem (Orem in Alligood, 2004).

Em relação à teoria do *défice* de autocuidado de Orem, apesar de ser constituída por três teorias, integramos essencialmente a teoria dos sistemas de enfermagem e do autocuidado, pois segundo a autora a primeira é unificadora e inclui todos os elementos essenciais e a segunda é o fundamento das outras e exprime o objetivo, os métodos e o resultado de cuidar de si próprio (Orem, 2001).

Em relação à teoria dos sistemas de enfermagem Orem (2001) concebe três sistemas, "sistema totalmente compensatório; sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação;" sendo este último orientado para execução do autocuidado por parte da pessoa e regula o exercício e o desenvolvimento da atividade do autocuidado (Orem in Alligood, 2004).

- ***Conceito de autocuidado***

Considerando a finalidade do estudo e a questão de investigação torna-se crucial a integração do conceito central desta teoria - o autocuidado.

A pessoa ao longo do seu ciclo vital desenvolve processos fisiológicos, desenvolvimentais, culturais, económicos, ambientais e psicológicos que lhe permitem atingir no dia-a-dia a capacidade de satisfazer as suas necessidades de acordo com um conjunto de valores, crenças e comportamentos cujos resultados integram tomadas de decisão e níveis de responsabilidade individual e coletiva que caracteriza a autonomia da pessoa face aos processos de saúde/doença e das opções em termos da procura do seu bem-estar. Quanto mais este capital humano individual estiver desenvolvido, melhor podemos desenvolver este conceito enquanto recurso centrado na pessoa que cuidamos. Isto é, em cada pessoa cujo autocuidado esteja integrado como uma característica inata ou cuja aprendizagem foi sendo desenvolvida ao longo da vida, teremos o recurso na pessoa, o que pode ser uma oportunidade no âmbito da promoção do mesmo para a capacitar para a gestão dos diferentes regimes terapêuticos (Silva, 2012; Orem, 2001).

Assim define como “Autocuidado” “A Ciência do Autocuidado identifica o que uma pessoa necessita para ser saudável, a complexidade dos fatores que deve mudar ou modificar essas exigências, as ações da pessoa para manter a saúde e o bem-estar, e as limitações das capacidades individuais para realizar as ações”² (Orem, 1995). Concetualiza o mesmo conceito, numa perspetiva mais operacional face à pessoa, ou seja, refere que “Autocuidado é o trabalho exigido a cada pessoa para manter a vida e saúde, bem como para promover o desenvolvimento”³ (Orem, 1995). Consideramos também importante numa relação estreita com as questões referidas anteriormente no âmbito da pessoa com doença cardiovascular/doença crónica, olhar para este conceito sob a forma de uma balança, ou seja, de acordo com Orem (2001) cuja teorização interrelaciona as três teorias e que designa de teoria geral de enfermagem, mas que desenvolve nesta inter-relação a teoria do défice do autocuidado como integradora da teoria do autocuidado e da teoria dos sistemas de enfermagem, esta última que legitima a enfermagem conforme a avaliação centrada na pessoa numa relação entre as necessidades de autocuidado e as ações de autocuidado.

² “The Science of Self-care identifies with a person requires to be healthy, the complexity of factors that changes or modify these requirements, the actions a person takes to maintain that health and well-being, and limitations in individual’s ability to take action” (Orem, 1995)

³ “Self-care is whork. It is whork required by or for every person to maintain life and health as well as to promote development.” (Orem, 1995)

Caso apresente um déficit, ou seja, a pessoa por si só não consegue cuidar de si própria, a enfermagem terá que intervir (Orem, 2001).

Sabemos que estas doenças são responsáveis pela incapacidade e limitação das pessoas, remetendo-nos para o olhar do fenómeno, o autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos, consideramos que esta teoria sustenta o estudo, uma vez que estas pessoas no processo de saúde/doença apresentam necessidades de manutenção ou restabelecimento do autocuidado.

Os enfermeiros têm um papel de extrema importância nos cuidados à pessoa no âmbito da educação, promoção e recuperação do autocuidado, ou seja, compreenderem as suas necessidades terapêuticas de autocuidado, as capacidades e habilidades para desenvolverem ações de autocuidado e assim poderem cuidar de si, neste caso gerirem de forma eficaz e eficiente, os diferentes regimes terapêuticos instituídos no dia-a-dia.

Também centrados na capacidade que a pessoa apresenta nas suas ações do autocuidado, podemos olhar o fenómeno como um resultado. Isto é, quando a pessoa apresenta habilidades e capacidades quer porque as adquiriu ao longo do seu ciclo vital, quer porque após um processo de saúde doença onde houve intervenção dos profissionais de saúde, desenvolveu capacidades para a manutenção do seu autocuidado. Temos então o autocuidado como um resultado, cujo processo é tão importante como quando olhamos o fenómeno como um recurso ou uma necessidade, ou seja, o objetivo maior é sempre a capacitação da pessoa para a gestão dos seus processos de saúde doença, mais especificamente gestão dos diferentes regimes terapêuticos que levam a uma melhor gestão do processo de saúde doença. Estas dimensões só podem ser equacionadas se a pessoa for o centro nas intervenções de enfermagem (Orem, 2001; Silva, 2012, 2014).

A enfermagem desenvolve os cuidados de acordo com as incapacidades da pessoa que resultaram em dependência física, intelectual ou psicológica do seu autocuidado diário, incluindo a sua participação nos cuidados médicos. Segundo Orem in Taylor (2004) os cuidados de enfermagem devem ajudar diretamente as pessoas a encontrar os requisitos contínuos ou capacidades/habilidades para que o autocuidado se mantenha vinte e quatro horas por dia, à luz da sua incapacidade, dependência, diretrizes de assistência médica e suas necessidades decorrentes da sua personalidade, hábitos e status de vida. Também ainda de acordo com a autora, existem três formas de cuidar em

enfermagem: cuidar da pessoa; ajudar a pessoa a cuidar de si e instruir a pessoa ou outro na aquisição dos conhecimentos e das habilidades para os cuidados necessários.

A avaliação da pessoa emerge da análise que o enfermeiro faz destas dimensões, centradas na sua singularidade e na forma como a demonstra. Neste sentido consideramos o conceito de autocuidado desenvolvido por Orem (2001) como o pilar principal, que depois nos permite fundamentar, mas também integrar outros conceitos que irão suportar em termos de análise dos resultados ao longo da discussão e conceção da teoria que é a finalidade do estudo.

Para podermos compreender o autocuidado enquanto conceito, olhamos para este fenómeno como um resultado, na perspetiva do que pretendemos, ou seja, identificar as intervenções de enfermagem que promovem este autocuidado, centradas na pessoa que apresenta os requisitos de autocuidado e cujos fatores básicos condicionantes lhes permite desenvolver e manter a sua saúde e bem-estar. Nesta dimensão emergem dois conceitos: os requisitos de autocuidado e os fatores básicos condicionantes, de extrema importância para compreendermos não só a teoria do autocuidado, como integrá-la no processo de investigação em estudo (Orem, 2001).

Em relação aos requisitos de autocuidado são comuns a todas as pessoas ao longo do ciclo vital e integram as necessidades básicas e essenciais para a manutenção da vida, do melhor nível de saúde e de bem-estar (Orem, 2001). Perante esta conceção, quando nos centramos na questão de investigação, não podemos omitir a relevância deste conceito, pelas razões inerentes à mesma, uma vez que os enfermeiros para promoverem a capacitação da pessoa para a gestão dos diferentes regimes terapêuticos, terão que considerar estes requisitos na perspetiva do processo de cuidados, só mobilizando e integrando os conhecimentos da pessoa no seu todo, incluindo este conceito podemos promover o autocuidado, neste caso, à pessoa com doença cardiovascular (Orem, 2001).

Ainda relacionado com os requisitos de autocuidado, emerge a perspetiva dos mesmos como componentes de ação que a pessoa deve incorporar para atender à necessidade. Segundo Orem (2001) na sua conceção de pessoa, reflete estas questões numa dimensão filosófica, mas profícua. Dimensiona a pessoa como um ser humano com um processo do *Self* e dos outros, assim como do contexto em que se insere, cuja relação com esta questão dos componentes de ação

permite entender que a pessoa só poderá incorporar e atender estas necessidades se tiver consciência de si e do que a rodeia. Também incluem os meios que sejam adequados para a regulação de processos específicos, estados e condições características de funcionamento e desenvolvimento humano. São princípios para orientar as seleções, escolhas e a condução das ações de regulação no cuidado de si (Orem, 2001).

Consideramos o quão importante se torna o enfermeiro entender este processo para poder promover comportamentos de autocuidado no âmbito da gestão dos diferentes regimes terapêuticos.

Em relação aos requisitos de autocuidado, Orem (2001) classifica-os em três grupos: Universais, Desenvolvimento e de Desvio de Saúde. Iremos centrar-nos essencialmente no grupo de Desenvolvimento e de Desvio de Saúde tendo em conta a temática do estudo. Quando constatamos que a pessoa ao longo da vida vai fazendo opções, tomando decisões, assumindo as ações tendo por base os conhecimentos, as crenças, a experiência de vida, o ambiente que a rodeia, a sua conceção de saúde/doença, compreendemos que são dimensões integradas da vida das pessoas que se tornam em hábitos e padrões de vida.

Consideramos que todo este potencial que as pessoas desenvolvem será analisada não só por elas próprias, mas também pelos enfermeiros que prestam cuidados ao longo do seu ciclo vital, ao nível da prevenção da doença, reabilitação, recuperação e promoção da saúde tendo em vista o seu bem-estar individual, grupal e social.

Estas dimensões centradas na pessoa e a sua relação com os profissionais de saúde é tão mais profícua quanto maior for o seu “*self*”, tendo em conta o seu projeto individual de vida e por conseguinte o de saúde. É nesta vertente que consideramos os requisitos de autocuidado (Orem, 2001), neste caso de desenvolvimento, de extrema relevância para compreendermos de forma mais integrada todas estas dimensões da pessoa com doença cardiovascular. A pessoa cujo “*self*” esteja mais integrado poderá desenvolver estratégias e mecanismos que a ajudam a decidir, a agir tendo como principal objetivo atingir o pleno autocuidado no âmbito da sua capacidade para gerir os diferentes regimes terapêuticos.

De salientar que a pessoa é o resultado cumulativo das suas experiências vividas, assim como da assunção das suas tomadas de decisão e das ações que

desenvolve tendo em conta a reflexão que faz do resultado de todas estas dimensões. Enquanto requisito de autocuidado de desenvolvimento e segundo Orem (2001) estes são relevantes para a formação inicial das características humanas e do seu movimento dinâmico para níveis de maior complexidade. Tem como objetivos, providenciar condições e promover comportamentos que previnam a ocorrência de efeitos nocivos no desenvolvimento e providenciar condições e experiências que minimizam ou superem os efeitos nocivos no desenvolvimento. Podemos integrar as seguintes condições nestes requisitos de autocuidado: privação da educação; problemas de adaptação social; falhas de saúde individual ou associadas a perdas de familiares e amigos; perda de haveres e da segurança ocupacional; mudanças súbitas de vida: residência, trabalho, desemprego...; problemas associados ao “*status*” de saúde, pobreza, incapacidade; condições de vida opressivas; doença terminal ou morte iminente (Petronilho, 2012).

Consideramos que deste requisito de autocuidado emergem dimensões cruciais a integrar no sentido da sustentabilidade à finalidade do estudo.

Consideramos relevante a conceção de um outro requisito de autocuidado, o desvio de saúde, que integra as condições de doença ou de lesão associada a patologias ou resultado de intervenções médicas, de diagnóstico e tratamentos, do qual emergem seis categorias que a pessoa deve integrar face ao seu autocuidado: 1. Procurar e garantir assistência médica adequada perante agentes específicos, condições ambientais ou condições genéticas, fisiológicas e psicológicas conhecidas; 2. Estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos; 3. Realizar de forma efetiva as prescrições diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação recomendadas, para a prevenção de doenças, à correção de determinadas anormalidades e à compensação das incapacidades; 4. Estar consciente e atender ou regular os efeitos desconfortáveis ou nocivos resultantes de intervenções realizadas ou prescritas; 5. Modificar o autoconceito e a autoimagem, em aceitar um estado de saúde, particular e necessidade de cuidados de saúde; 6. Aprender a viver com os efeitos das condições de saúde/doença, com os efeitos das intervenções e diagnóstico médico e tratamento no estilo de vida para a promoção do desenvolvimento pessoal (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

Compreendemos que a pessoa de acordo com os seus padrões de vida vai ao longo da sua existência tomando decisões, por vezes remediando as que

produziram resultados menos proveitosos, encontrando estratégias de resolução dos problemas, assim como, integrando todo o seu percurso com um nível de responsabilidade pessoal ou não, e, portanto, assim conseguir resolvê-los ou entrar num percurso, cujo final poderá ser a doença.

O enfermeiro que mobiliza estes requisitos de autocuidado, poderá compreender a pessoa e o porquê da situação de saúde/doença e com a mesma procurar encontrar estratégias no sentido da solução ou minimização do problema. Também a dimensão da proximidade com a pessoa que os enfermeiros têm no dia-a-dia promove este cuidado, ou seja, identificar aquilo que a pessoa apresenta enquanto requisitos, com o objetivo de os potenciar ou minimizar tendo em vista a promoção do autocuidado, neste caso específico na gestão dos diferentes regimes terapêuticos da pessoa com doença cardiovascular (Silva, 2012, 2014).

Ainda no âmbito da centralidade na pessoa, mobilizamos também o conceito agente de autocuidado. Segundo Orem (2001) a pessoa é o agente de autocuidado, quando esta condição não existir o enfermeiro terá que analisar e compreender de que forma promove e restabelece a pessoa para ser ela própria o agente de autocuidado, ou por incapacidade fisiológica esta condição se torna permanente, o que em termos da teoria do autocuidado de Orem (2001) a pessoa passa a apresentar um défice de autocuidado, cujas necessidades terapêuticas excedem as ações de autocuidado e, nesse caso, as intervenções de enfermagem centram-se no sistema totalmente compensatório e em cuidados de substituição. No estudo não é esta a finalidade, por isso centramos nas pessoas com doença cardiovascular cujo potencial enquanto agentes de autocuidado é um dos critérios importante.

De acordo com as competências dos enfermeiros na promoção do autocuidado para a pessoa gerir melhor os diferentes regimes terapêuticos, devem mobilizar o conceito *“self”* no envolvimento e motivação da mesma, e assim poder desenvolver ações de autocuidado para a autogestão (Orem, 2001).

Face ao que temos vindo a refletir da teoria de Orem (2001), emerge um outro conceito referido anteriormente: ação de autocuidado. Sendo esta teoria centrada na pessoa, toda a conceção foi desenvolvida tendo em conta o resultado das suas ações. A pessoa durante o ciclo vital passa por diversas fases e em cada uma delas vai desenvolvendo capacidades, habilidades cujos processos derivam da experiência de vida, dos conhecimentos aprendidos e pelo

que é transmitido quer do ambiente familiar, social e cultural. É a capacidade que a pessoa adquire de forma complexa para satisfazer as necessidades para cuidar de si própria, regular os processos de vida, manter e promover a integridade da estrutura e funcionamento humano no sentido do desenvolvimento e promoção do bem-estar (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

Apesar desta dimensão autónoma da pessoa enquanto agente de autocuidado, poderá haver a necessidade da intervenção de enfermagem, mesmo que isso não se traduza em défice do autocuidado, por isso considerarmos as ações de autocuidado cuja dimensão depende da capacidade da pessoa envolver-se neste e onde os fatores condicionantes básicos influenciam esta procura de resultados em saúde. Este conceito interessa pela questão da centralidade dos cuidados de enfermagem na capacidade da pessoa e nos fatores que a influenciam. Estas capacidades da pessoa podem ser influenciadas pelo seu desenvolvimento desde o nascimento até à velhice, estado de saúde, educação, experiências de vida, aprendizagem, influências culturais, mobilização dos recursos na vida diária, ou seja, esta ação de autocuidado desenvolve-se no dia-a-dia através de um processo espontâneo de aprendizagem, de curiosidade intelectual, instrução e supervisão de outras experiências na realização das ações de autocuidado (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

Quando falamos de fatores condicionantes básicos e centrando nas pessoas, estes são internos e externos e afetam a capacidade do desenvolvimento do autocuidado ou afetam o tipo e a quantidade de autocuidado necessário (Orem 2001; Petronilho, 2012). Estes fatores integram a idade, o sexo, estado de desenvolvimento, de saúde, diagnóstico médico e tratamentos, fatores do sistema familiar, padrão de vida, envolvimento em atividades do dia-a-dia, ambientais e a adequação e disponibilidade dos recursos.

Na pessoa com doença cardiovascular, seja ela qual for, importa referir que o objetivo da enfermagem, integrando em termos teóricos a teoria dos sistemas mais especificamente o sistema de apoio e educação, sempre que haja a necessidade de intervenção, será no sentido de capacitar a pessoa para a autogestão dos diferentes regimes terapêuticos (Orem, 2001).

Potenciar para as ações de autocuidado, tendo por base o “*self*”, a competência enquanto agente de autocuidado, mobilizando os fatores condicionantes básicos, os requisitos de autocuidado, essencialmente os de desenvolvimento e de desvio de saúde e as necessidades terapêuticas de autocuidado, com o

objetivo de que as intervenções de enfermagem resultem para a pessoa em ações de autocuidado superiores às suas necessidades terapêuticas de autocuidado (Orem, 2001).

A ideia central é que os enfermeiros têm habilidades que usam para determinar se a ajuda é necessária ou legitimada. O processo envolve a determinação por parte dos enfermeiros da existência ou do potencial de existência de déficit relacionado com as habilidades e necessidades de ação de autocuidado em situações que envolvem a saúde individual. Se existe déficit nesta relação, então os enfermeiros terão que planejar os cuidados onde claramente identificam o que é preciso fazer e por quem, o enfermeiro, a pessoa ou um familiar. Compreendendo que o déficit não é específico de uma limitação, mas da relação entre as capacidades individuais e as suas necessidades, o papel da enfermagem será manter o equilíbrio desta balança pelo que as intervenções irão centrar-se na inter-relação das três teorias: Déficit de autocuidado, autocuidado e de sistemas. O objetivo da teoria de sistemas de enfermagem na teoria geral de Orem (2001) é incrementar/promover capacidades na pessoa para encontrar a necessidade, os requisitos ou diminuir a procura das mesmas. A enfermagem é uma disciplina prática que tem o seu próprio domínio, constituída por ações deliberadas durante um período de tempo de acordo com as situações que implicam cuidados de enfermagem, assim se interrelacionam as três teorias de Orem (Orem, 2001).

As intervenções de enfermagem podem ser identificadas e classificadas como promotoras do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos de acordo com esta perspetiva de Orem (2001) e também mobilizando o “*self*” da pessoa no sentido de uma transição saudável sendo por isso relevante a teoria das transições de Meleis.

1.3.2 - Contributos da Teoria das Transições de Meleis

A teoria das Transições de Meleis é uma teoria de médio alcance cujos conceitos teóricos que lhe dão corpo centram-se no metaparadigma em enfermagem, pessoa/cliente, ambiente, saúde e enfermagem e a partir destes desenvolve os conceitos ancora para dar provas empíricas no âmbito da disciplina de enfermagem (Meleis, 1991). Porque decidimos mobilizar a teoria das Transições

de Meleis neste estudo? Como podemos integrar duas teorias cujas orientações paradigmáticas são diferentes? Ou seja, a teoria de Orem está integrada no paradigma da integração e a teoria de Meleis integra o paradigma da transformação. Numa perspetiva multidimensional e transversal faz sentido integrar estas duas teorias, pelos conceitos que vão ao encontro do estudo que desenvolvemos. Quando analisamos a questão de investigação, ao falarmos da promoção do autocuidado enquanto resultado e teorizar sobre as intervenções de enfermagem que o promovem centrado mais especificamente na gestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular, o modelo de Orem que integra três teorias constitui-se como um referencial teórico para a compreensão do fenómeno em estudo (Meleis, 1991; Orem, 2001)

Como a própria finalidade espelha para que haja um resultado assumido e integrado pela pessoa, temos que analisar enquanto resultado transitório, pontual, temporário ou definitivo, fazendo parte da rotina diária da pessoa, sendo, portanto, nesta última dimensão que estamos perante um processo de transição da pessoa em relação ao seu processo de saúde/doença, neste caso cardiovascular (Meleis, 1991; Orem, 2001).

Em relação à teoria das Transições de Meleis (1991), integramos o conceito de transição e transição saúde/doença por constituírem-se cruciais na análise dos resultados tendo em conta a finalidade do estudo.

- ***Transição***

As pessoas passam por vários estadios durante a vida, do nascimento até à morte. Nestas etapas algumas das mudanças são transições que as pessoas experienciam como aspetos essenciais e habituais da vida, como é o exemplo da transição de criança para adolescente, de adulto para idoso, ser mãe, ser pai. No entanto, também constatamos que existem transições associadas a processos de saúde/doença em que a pessoa quase sempre necessita de ajuda para desenvolver esta transição, surgindo os enfermeiros como um dos profissionais de saúde que possuem competências para prestar essa ajuda (Meleis, 1991).

Constatamos que estas transições estão associadas quer a situações de vida saudáveis ou processos de doença, sendo que a centralidade da pessoa é sem dúvida o ponto fulcral, para que possamos afirmar que a mesma transitou,

antecipou a transição ou completou a transição. A transição pode ser de desenvolvimento, situacional, ou de saúde/doença (Meleis, 1991).

Transição indica mudança no estado de saúde, nos papéis e nas relações, nas expectativas ou habilidades. Também demonstra mudanças nas necessidades das pessoas. A transição requer que a pessoa integre novos conhecimentos numa perspectiva de alterar comportamentos. Falamos, portanto, numa dimensão em que a pessoa face a esta transição integrará a alteração da consciência de si no contexto social (Meleis, 1991). Relevamos nesta teoria além do conceito de transição, a transição saúde/doença, pelo constructo do mesmo, integra mudanças biológicas ou físicas súbitas que resultam de um movimento entre um estado de bem-estar para uma doença aguda, bem-estar para uma doença crónica, ou associado à cronicidade uma nova doença que a engloba (Meleis, 1991).

Centrados em conceitos relacionados com o fenómeno em estudo, que contribuíram para compreendermos a pessoa com doença cardiovascular e o que mobiliza no seu dia-a-dia face aos estímulos internos e externos. É nesta sinergia entre os conceitos e a forma como os mobiliza que preconizamos desenvolver uma teoria em que a enfermagem de acordo com as necessidades da pessoa contribui para a sua capacitação na autogestão dos diferentes regimes terapêuticos (Meleis, 1991; Orem, 2001). Segundo Strauss e Corbin (1998) teoria anuncia o desenvolvimento de um conjunto de categorias, com uma inter-relação sistematizada que proporciona as explicações das relações possíveis de formarem um corpo teórico, face aos fenómenos sociais, psicológicos, educacionais, de enfermagem e outros, tendo por base questões como, quem, o que, quando, porque e com que frequência esses fenómenos acontecem.

Apresentamos assim um esquema que traduz esta proposta de teorização.

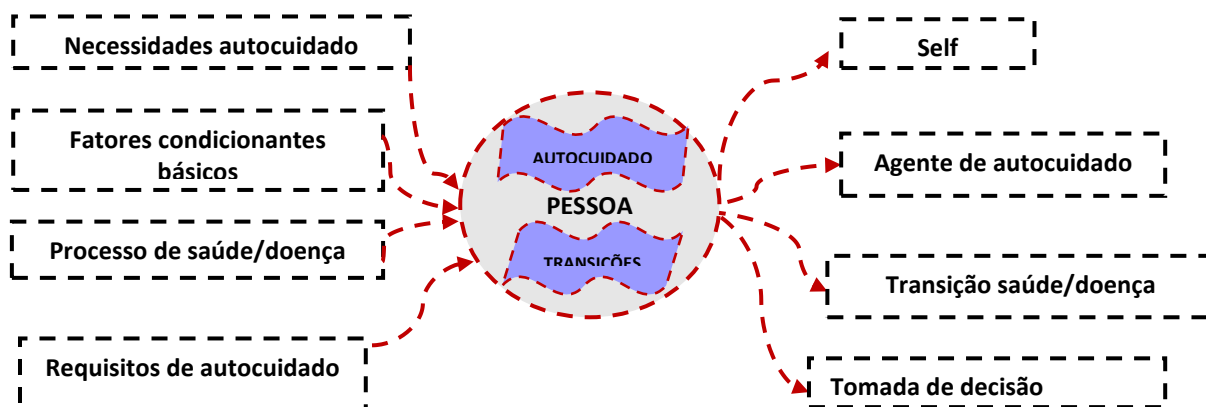


Figura nº 2 – Matriz para o processo de teorização

PARTE II – CONCEÇÃO METODOLÓGICA

2 – EXPLICITANDO A ETNOGRAFIA COMO METODOLOGIA DO ESTUDO

A metodologia na relação com o referencial teórico procura a congruência e coerência metodológica em articulação com os instrumentos de colheita de dados, cuja finalidade é a produção de evidência científica com ganhos para a disciplina de enfermagem.

Neste contexto organizamos a metodologia de investigação centrado no método etnográfico. Tendo por base esta metodologia mobilizamos como instrumentos de colheita de dados, a narrativa de ação, a técnica de *“Focus Group”*, a observação participante e a entrevista etnobiográfica.

Esta metodologia contribuiu para a consecução do que pretendemos investigar, isto é, não passa por identificar se os enfermeiros estão a desenvolver bem ou mal as intervenções autónomas de enfermagem, mas sim identificar e caracterizar as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular, assim como numa fase posterior, identificar a percepção das pessoas em relação aos resultados dessas intervenções (Silva, 2012, p.17).

O fenómeno em estudo surge para além da preocupação e inquietude enquanto investigadores, através da mobilização da metodologia da revisão sistemática de literatura que permitiu a consolidação da questão de investigação. Inicialmente centramos o interesse nas competências do enfermeiro na promoção do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos (Silva, 2014). Após a revisão sistemática de literatura compreendemos que o fenómeno de interesse eram as intervenções de enfermagem que promovem este autocuidado (Anexo I).

O desenho do estudo foi estruturado tendo por base identificar intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos, caraterizar essas mesmas intervenções quanto à percepção da pessoa quer em relação ao resultado, quer à forma como promovem a tomada de decisão em termos de capacitação para essa gestão. Porque consideramos

que para podermos teorizar sobre estas questões temos que analisar todas estas dimensões quer ao nível dos enfermeiros quer das pessoas, sujeitos de cuidados.

Porque pretendemos avaliar os resultados das intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos na pessoa com doença cardiovascular, da revisão sistemática de literatura que referimos anteriormente e pelos contributos que esta trouxe para a conceção teórica, sentimos necessidade de procurar evidência científica sobre esta dimensão da avaliação dos resultados. Realizamos uma revisão de literatura integrando às palavras-chave da anterior revisão sistemática de literatura a palavra “*measure*” uma vez que conforme referimos, para caracterizarmos as intervenções de enfermagem de acordo com a perceção das pessoas e avaliar as tomadas de decisão tendo em conta as mesmas, pretendíamos encontrar instrumentos para avaliar estes resultados.

Em relação aos instrumentos de avaliação, constatamos que três artigos integram algumas escalas centradas essencialmente em três dimensões: pessoa, processo e resultados:

1. Avaliação exclusiva da adesão à medicação em pessoas com doença crónica (MMAS-8- Morisky Medication Adherence Scale: baixa adesão <6; média adesão 6 <8; alta/plena adesão =8); AE – Adherence Estimator: com três questões, avalia a propensão para a adesão: 0 – baixo risco de não adesão; 1-7 – médio risco de não adesão; > 8 – alto risco de não adesão) – resultado;
2. Instrumento de avaliação das necessidades em saúde – HNI (Helth Needs Instrument) – processo;
3. Avaliação da pessoa e da sua predisposição para a adesão – RAR (0-10 scale) – (Readiness Assessement Ruler – define três níveis sobre a perceção das pessoas: 0-3 – not ready; 4-6 – not sure; 7-10 – take action/ready) – pessoa; (Shih et al, 2005; Ownby et al, 2006; Ben-arye et al, 2007; Williams et al, 2008; Lee et al, 2009; Brunton, 2011).

Perante estes instrumentos de avaliação, que segundo contatos com um dos autores de um deles – MMAS-8, disponibilizou desde logo toda a informação no sentido da sua validação para Portugal, no entanto, como pretendíamos identificar e caracterizar as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doença

cardiovascular, este instrumento permitia encontrar evidência de resultados relacionados com a adesão à terapêutica farmacológica, excluindo assim, as dimensões relacionadas com a pessoa e as respostas às intervenções de enfermagem numa perspetiva da promoção do autocuidado (Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward H. 2008; Silva, 2010).

Contudo, face ao papel dos enfermeiros e de acordo com os resultados que todos estes instrumentos produziram nos artigos analisados, contribuem amplamente para que as intervenções de enfermagem a implementar com as pessoas, se traduzam em resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem num paradigma cuja centralidade é sem dúvida a pessoa. Um dos caminhos a desenvolver será a validação destes instrumentos para Portugal, no sentido de podermos em parceria com outros profissionais de saúde e com as pessoas/família/cuidadores/grupos ou comunidade, contribuir para ajudar e estruturar as mudanças necessárias para tomadas de decisão partilhadas e responsáveis, que co-constroem na pessoa capacidades para a gestão dos seus regimes terapêuticos quer sejam farmacológicos ou não farmacológicos (Shih et al, 2005; Ownby et al, 2006; Ben-arye et al, 2007; Williams et al, 2008; Lee et al, 2009; Morisky de, Ang A, Krousel-Wood M, Ward H. 2008; Silva, 2010; Brunton, 2011).

Ao analisarmos os objetivos dos instrumentos, compreendemos que cada um per si avalia determinadas dimensões da adesão, no entanto, consideramos que numa dimensão mais abrangente, o ideal seria construirmos um só instrumento com todas as dimensões integradas. Isto porquê? Centrando a atenção no objeto de estudo da disciplina de enfermagem, ou seja, as respostas humanas aos processos de saúde doença, não faz sentido mobilizarmos apenas os instrumentos relacionados com os resultados, até porque de alguma forma traduzem aquilo que as pessoas fazem ou não fazem. Mas o porquê não é evidenciado, daí a importância de como enfermeiros e face à metodologia científica da disciplina – o processo de enfermagem, a avaliação das necessidades das pessoas estar implícita nos processos de cuidados que os enfermeiros desenvolvem, ou seja, este instrumento de avaliação das necessidades de cuidados de saúde, faz parte daquilo que são as intervenções autónomas dos enfermeiros, para uma prática baseada na evidência.

Neste contexto mobilizamos para o estudo a metodologia de investigação interpretativa de abordagem qualitativa. A opção por esta metodologia centra-

se no desenho do estudo e porque temos como finalidade desenvolver uma teoria prescritiva de enfermagem centrada na pessoa com doença cardiovascular cujas intervenções de enfermagem sejam promotoras da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos. Portanto numa perspectiva indutiva estudamos o fenómeno de forma particular, para compreendermos a possibilidade de fazer a translação do conhecimento construído para a clínica (Latimer, 2003; Flick, 2005).

Ao analisarmos os objetivos do estudo, equacionamos algumas dimensões que nos ajudaram a optar por esta metodologia: o que os enfermeiros fazem para promover a autogestão dos diferentes regimes terapêuticos? Como fazem? Porque fazem daquela forma? E o que esperam com o que fazem? Além destas questões centradas no enfermeiro o objetivo é compreender como a pessoa com doença cardiovascular percebe o que os enfermeiros fazem enquanto intervenções de enfermagem para as capacitar para a tomada de decisão.

Através do método etnográfico, pela proximidade com a cultura da população podemos identificar estas dimensões e assim conseguir compreender a pessoa no desenvolvimento da sua vida, onde as questões da gestão dos diferentes regimes terapêuticos se encontram implícitas. Segundo Flick (2005) a função dos contextos em que ocorrem as interações e a evidência empírica da sua importância para os participantes é essencial para a compreensão da etnografia enquanto método. O mesmo autor, refere que o objetivo da etnometodologia é captar os pormenores do “como”, numa realidade social, que conceptualiza como um processo, uma vez que a mesma é produzida nos contextos, interna ou externamente face às situações. Flick (2005) refere que a etnometodologia investiga a forma como as pessoas constroem a realidade social, tendo por base os processos de interação (Silva, 2012, p.18).

Os métodos de investigação qualitativa têm por base as crenças, numa abordagem holística das pessoas que orientam o processo de investigação. É utilizado para dar resposta a questões relacionadas com situações que ocorrem espontaneamente e que não necessitam de nenhuma forma de controlo, assim como, encaminham habitualmente os investigadores no trabalho de campo, uma vez que este é experimentado de maneiras muito particulares e únicas, ou seja, numa perspectiva de espaço vivido (Silva, 2012, p.19; Latimer 2003).

Constatamos que a pessoa no seu dia-a-dia depara-se com situações inesperadas, ou outras que não sendo, são fatores predisponentes para a

promoção ou não do autocuidado nos processos de gestão dos diferentes regimes terapêuticos. Sabemos que os enfermeiros, pela sua proximidade com as pessoas/família/grupos e comunidade, são dos profissionais mais habilitados para promoverem a gestão dos diferentes regimes terapêuticos. Consideramos esta proximidade aos contextos de extrema importância, no sentido de apreendermos o fenómeno de forma natural, sem interferências exteriores. (Silva, 2012, p.18) A etnografia é um processo sistemático de observação, descrição, documentação e análise dos modos de vida ou das tendências singulares de uma cultura ou subcultura. As observações das experiências e comportamentos ocorrem em contextos culturais e ambientes definidos (Leininger citado por Fortin, 2009; Flick, 2005).

O recurso à metodologia etnográfica nos contextos e com os participantes capazes de melhor produzirem os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, permite compreender melhor o processo de cuidados. Segundo Spradley (1980, p.3), etnografia significa aprender com as pessoas, preocupação com as ações e acontecimentos e seus significados que o etnógrafo procura compreender. O mesmo autor refere um tipo de etnografia, clássica, que vem ao encontro do que nos propomos, ou seja, a exigência por parte do investigador da inclusão tanto da descrição do comportamento como da justificação e as circunstâncias em que o mesmo ocorre.

Portanto, face à questão de investigação definimos os seguintes objetivos:

- ✓ Identificar as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado - gestão dos regimes terapêuticos (GRT) em pessoa com doença cardiovascular;
- ✓ Identificar boas práticas de enfermagem referidas pela pessoa com doença cardiovascular;
- ✓ Caracterizar as intervenções de enfermagem promotoras de processos de tomada de decisão que capacitam a pessoa no autocuidado - GRT

Encontrar respostas para estas questões, levou-nos a enveredar por esta metodologia, até pelas características que apresenta que segundo Flick (2005) e Spradley (1980) relevamos, **o contexto natural** como a fonte primordial de colheita de dados. Centrando no objeto de estudo da disciplina de enfermagem: as respostas humanas aos processos de saúde/doença, consideramos que o contexto natural permitiu-nos colher os dados nas diferentes fases do estudo, através das narrativas de ação, da realização do *“Focus Group”*, da observação

participante e da validação dos dados colhidos com os sujeitos de cuidados, através duma entrevista etnobiográfica (Spradley, 1981; Caria, 2003; Flick, 2005; Amendoeira, 2006).

De salientar que quando falamos do contexto natural, este passou por dois serviços, um de Medicina, outro de Cardiologia de um Centro Hospitalar, uma Unidade de Saúde Familiar e uma Unidade de Cuidados na Comunidade da mesma área de influência; quanto ao *“Focus Group”* foi realizado na Escola Superior de Saúde, mas cujos participantes exerciam funções enquanto enfermeiros em hospitais, unidades de saúde familiar, unidades de cuidados continuados, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Direção Geral de Saúde; a observação participante integra todos estes momentos. Por último, mas de extrema importância para a compreensão do fenómeno em estudo, ou seja, as respostas das pessoas às intervenções de enfermagem identificadas como promotoras do autocuidado gestão dos diferentes dos regimes terapêuticos, a entrevista etnobiográfica, que ocorreu nas próprias casas das pessoas e em algumas situações, em pontos de encontro sugeridos pelas mesmas (cafés, USF, jardins...).

Uma outra característica releva o investigador como o principal instrumento do processo, uma vez que a compreensão dos fenómenos se torna mais integradora quando observados no contexto habitual em que ocorrem “...para o investigador qualitativo divorciar o ato, a palavra ou o gesto do seu contexto é perder de vista o significado.” (Spradley, 1981; Bogdan e Biklen, 1994, p.48; Caria, 2003; Flick, 2005).

De salientar a importância desta característica para dar resposta aos objetivos deste estudo e até à sua finalidade, só o investigador como instrumento do processo de investigação poderá trazer contributos. Além do investigador ter a mesma formação de um dos grupos participantes, esta dimensão é crucial para que haja compreensão dos fenómenos no seu todo desde a forma, como o conteúdo, até a sua descrição. O investigador estar em todos os momentos da colheita de dados e em todos os contextos onde esta se desenvolveu permitiu ter uma perspetiva da realidade e do que estava a ser descrito, a observação é toda ela mais integradora e compreensivista do fenómeno em estudo. Além disso, num estudo em que existem várias fases de colheita de dados, desde o início que se torna crucial a integração do investigador no campo de

investigação, só assim poderemos compreender o fenómeno a investigar (Spradley, 1980; Bogdan e Biklen, 1994; Flick, 2005).

O facto de ser descritiva também surge como uma característica na investigação qualitativa, ou seja, os dados são em forma de palavras ou imagens, a análise é com base em todos os dados e no seu conteúdo, respeitando a forma como foram registados ou transcritos. Desde o primeiro momento em que o investigador entra em campo para iniciar e operacionalizar a investigação e mobilizar as várias técnicas de colheita de dados no sentido de dar resposta aos objetivos do estudo, sempre em sintonia com o seu desenho, emerge a necessidade de criar um registo descritivo de tudo o que integra o estudo.

A análise desenvolve-se de forma indutiva pelo que os significados assumem extrema importância, ou seja, há uma preocupação com as perspetivas dos participantes para dar sentido à dinâmica interna dos fenómenos (Flick, 2005; Silva, 2012).

2.1 - DESENHO DO ESTUDO

Num processo de investigação, cujo objetivo é produzir conhecimento na disciplina de enfermagem, tendo como suporte o seu objeto de estudo, ou seja, as respostas humanas aos processos de saúde/doença, nada melhor do que rentabilizar os contextos da prática de cuidados para operacionalizar este processo. Flick (2005), Refere-se à investigação científica como um processo racional com o objetivo de adquirir conhecimentos, reportando-se para as questões das mudanças sociais constantes e céleres, cuja consequência se traduz numa diversidade dos universos de vida, que implicam face à investigação científica novos contextos sociais e novas perspetivas.

Apresentamos de forma esquemática o desenho do estudo para uma melhor sistematização:

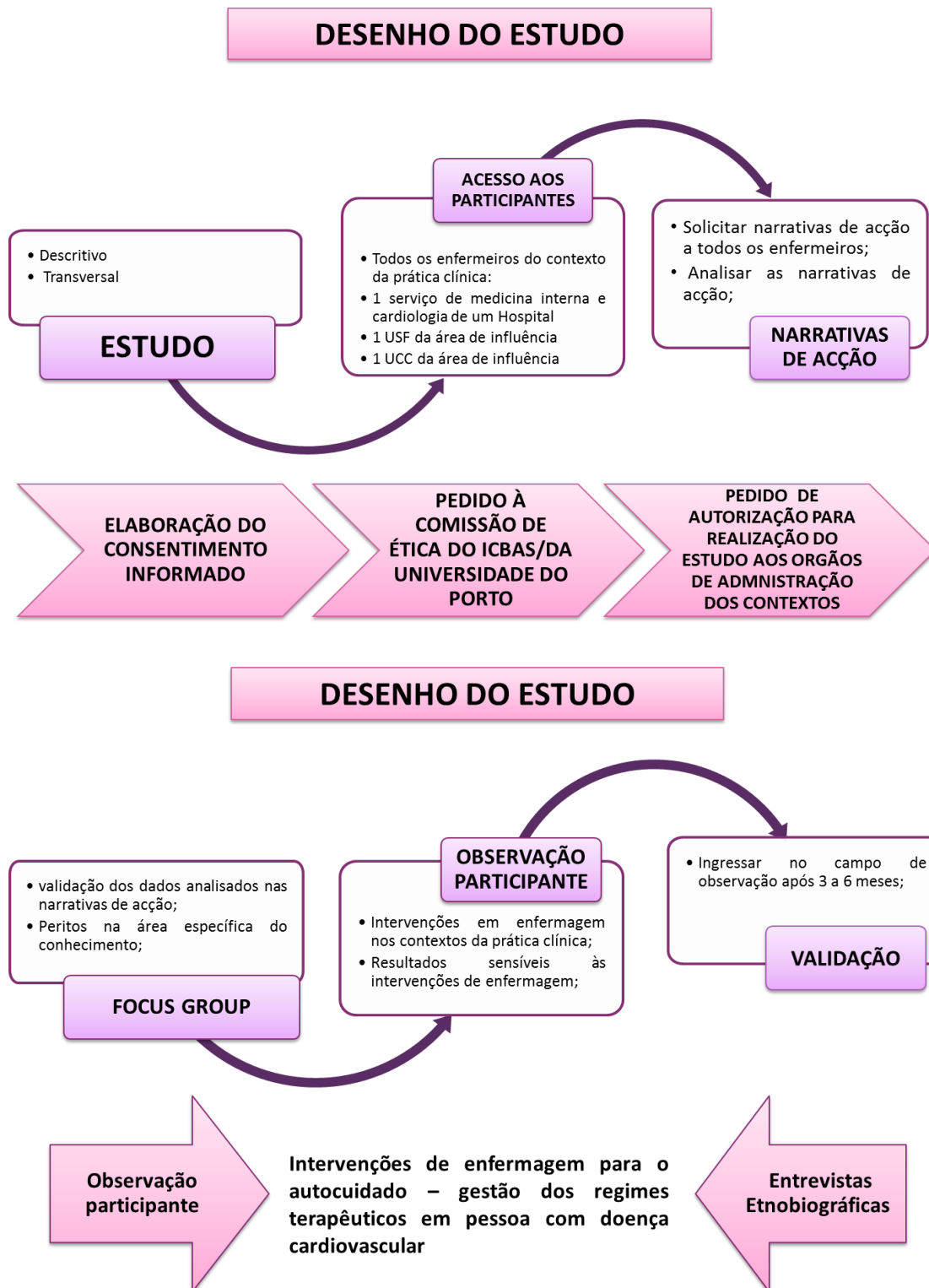


Figura nº 3 – Desenho de investigação

- **Tipo de estudo**

O estudo de orientação etnográfica, tipo descritivo e transversal, uma vez que pretendemos descrever o fenómeno, tendo como população os enfermeiros da prática clínica em quatro contextos distintos no âmbito dos processos de cuidados desenvolvidos em pessoas com doença cardiovascular, num determinado período de tempo (Streubert e Carpenter, 2002; Flick, 2002; Latimer, 2003; Silva e Pinto, 2005).

2.2- POPULAÇÃO DO ESTUDO

Numa perspetiva de identificar as intervenções de enfermagem no âmbito da promoção do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos e que resultados/outcomes para a pessoa são possíveis de serem mensuráveis, mobilizamos para este estudo, como estratégia de identificação do problema, um grupo de enfermeiros, de um serviço de Medicina Interna, de um serviço de Cardiologia, uma Unidade Saúde Familiar e uma Unidade de Cuidados na Comunidade, que se articulam face à pessoa com doença cardiovascular, numa perspetiva de assegurar a continuidade dos cuidados, que designaremos sob a forma de um nome fictício para mantermos assegurado todos os procedimentos éticos face ao desenvolvimento do processo de investigação.

Tendo em conta o desenho do estudo, também tivemos como participantes um grupo de enfermeiros e docentes que constituíram a sessão de *“Focus Group”*.

Por último, mas não menos importante constituíram-se como participantes as pessoas com doença cardiovascular, que permitiram no momento da observação integrar o estudo e que foram desde logo identificadas através dos dados essenciais para posterior contato.

- ***Participantes enfermeiros***

A qualidade da população que integra um estudo de investigação tem como objetivo permitir dar resposta às questões de investigação. Sendo o fenómeno identificar as intervenções de enfermagem e as perceções da pessoa com doença cardiovascular face à promoção da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos. A população constitui-se assim por todos os enfermeiros que

fazem parte do serviço de medicina, cardiologia que integram o Centro Hospitalar Central Tejo e da Unidade de Saúde Familiar e Unidade de Cuidados na Comunidade que integram de acordo com a reorganização dos Centros de Saúde, o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Serrano. Constitui-se uma amostra intencional teórica porque pretendemos compreender o fenómeno em estudo naqueles enfermeiros, ou seja, queremos saber na enfermagem aquilo que os seus atores consideram como intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos (Streubert e Carpenter, 2002).

Em relação aos participantes enfermeiros dos contextos em que realizamos o estudo, apresentamos uma breve caraterização de cada equipa no quadro nº 2, no sentido de sistematizar a informação:

Quadro nº 2 – Caraterização dos participantes enfermeiros dos contextos de cuidados

SERVIÇOS	PARTICIPANTES	SEXO		IDADE MÉDIA	FORMAÇÃO		
	N	M	F		L	PL	M
MEDICINA	31	3	28	28	31	17	5
CARDIOLOGIA	15	1	14	30	15	6	2
U. S. FAMILIAR	6	-	6	40	6	3	2
U. C. COMUNIDADE	5	1	4	30	5	2	-

Legenda: L: Licenciatura; PL: Pós-Licenciatura; M: Mestrado

Após este período obtivemos no total, vinte seis narrativas de todos os contextos. Sendo que do serviço de Medicina de uma população de 31 enfermeiros tivemos uma resposta de 11, ou seja 35% da população colaborou na elaboração das narrativas; no serviço de Cardiologia 7 dos 15 enfermeiros elaboraram a narrativa, o que equivale a 47% da população alvo; na Unidade de Saúde Familiar, 83% da população elaborou a narrativa solicitada, ou seja, cinco de seis enfermeiros que exercem funções nesta unidade e na Unidade de Cuidados na Comunidade três de cinco enfermeiros elaboraram a narrativa, o que equivale a 60% da população.

- ***Enfermeiros e docentes da sessão do Focus Group***

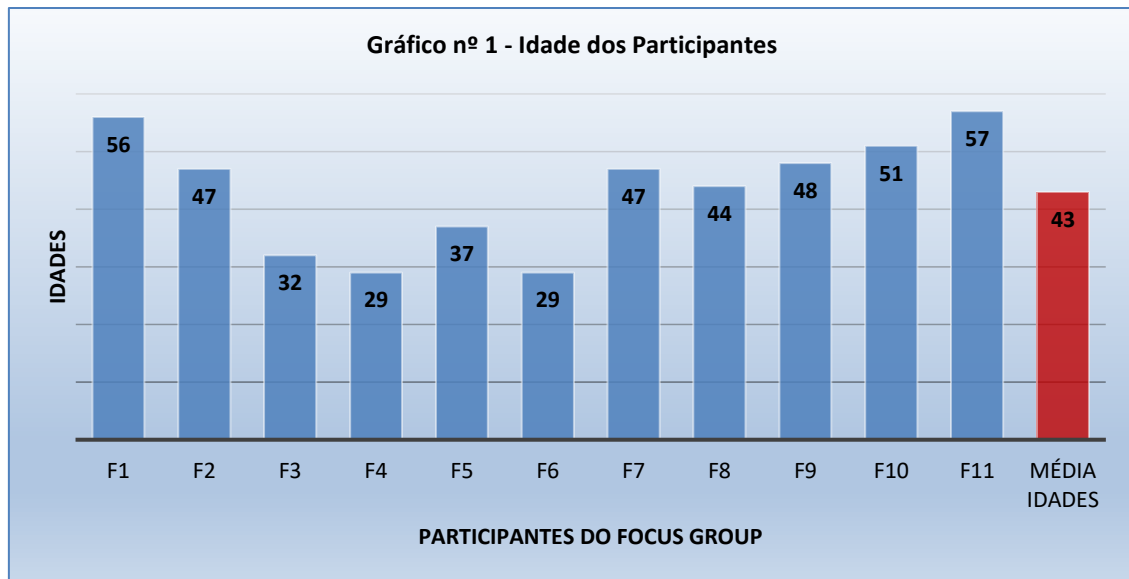
No âmbito da sessão de “Focus Group” a seleção dos participantes centrou-se essencialmente na perspetiva de mobilizar um grupo de enfermeiros e docentes que de acordo com o seu percurso profissional contribuíssem para a construção

de um guião de observação e entrevista. Apresentamos uma caracterização dos participantes na sessão “*Focus Group*” no quadro nº 3:

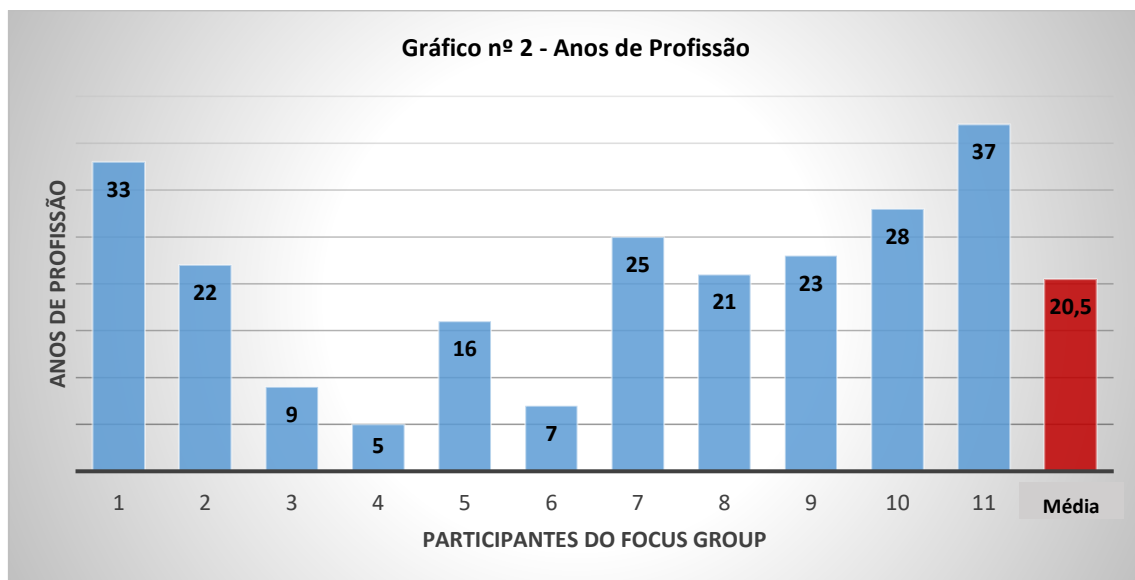
Quadro nº 3 – Caracterização dos participantes na sessão “*Focus Group*”

N	CATEGORIA PROFISSIONAL	CONTEXTO DE ATUAÇÃO
1	Enfermeiro especialista em Médico-cirúrgica;	Direção Geral da Saúde
2	Enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária;	Unidade de Saúde Familiar
3	Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária;	Unidade de Cuidados na Comunidade
4	Enfermeiro de Cuidados Gerais; Mestre em Ciências de Enfermagem – A pessoas em processo de doença na comunidade;	Unidade de Cuidados Continuados de Média e Longa duração
5	Enfermeira de Cuidados Gerais; Mestre em Saúde Pública; Professora Adjunta	Escola Superior de Saúde
6	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária; Mestre em Ciências de Enfermagem – Enfermagem Comunitária;	Centro de Atendimento a Toxicodependentes
7	Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica;	Serviço de Cardiologia de um Hospital Viatura Médica de Emergência de um Hospital
8	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Ciências de Enfermagem; Coordenador de serviço;	Serviço de Cardiologia de um Hospital
9	Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária; Responsável pelo Hospital Dia de Doentes com Insuficiência Cardíaca;	Serviço de Cardiologia de um Hospital
10	Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Ciências de Enfermagem; Professora Coordenadora;	Escola Superior de Saúde
11	Moderador – Investigador autor do estudo; Enfermeiro de Cuidados Gerais; Mestre em Ciências de Enfermagem; Professor Adjunto;	Escola Superior de Saúde de Santarém

Apresentamos a caracterização sociodemográfica dos participantes nesta sessão de “*Focus Group*” gráficos I e II.



Em relação à idade dos participantes nesta sessão consideramos que havendo uma heterogeneidade em termos desta variável, foi uma das mais-valias face aos contributos individuais, no que diz respeito à relação desta com os anos e experiência na profissão, revelando-se de extrema pertinência para o desenvolvimento do estudo e da preparação para a observação participante.



- **Participantes sujeitos de cuidados com doença cardiovascular**

Como referimos anteriormente no momento da observação selecionamos as pessoas com doença cardiovascular para participarem no estudo. Para esta seleção definimos alguns critérios relacionados com o fenómeno em estudo, os objetivos que pretendemos e a sua finalidade. Uma vez que pretendemos identificar as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular, assim como caraterizar e compreender a perceção das pessoas face às mesmas, definimos como critérios de seleção: pessoa com doença cardiovascular, com capacidades motoras e cognitivas que permitam ser independente nas suas atividades de vida diárias, ter capacidade de diálogo e de compreensão de linguagem verbal e escrita, estar internado em contexto hospitalar, frequentar a consulta ou ter agendado uma visita domiciliária nos contextos e no período em que a observação ocorreu. Constitui-se assim, numa amostra intencional ou teórica (Streubert e Carpenter, 2002).

Apresentamos os dados referentes às pessoas participantes sistematizados no quadro seguinte:

Quadro nº 4 – Caraterização dos sujeitos de cuidados participantes

Serviços	Participantes Observação	Sexo		Situação clínica	Participantes entrevista	Sexo	
	N	M	F		N	M	F
Medicina	4	4	0	HTA; AVC;	4	4	0
Cardiologia	9	7	2	EAM; FA; D;	6	5	1
U. S. Familiar	19	13	6	HTA; D; FA; AVC; EAM;...	9	6	3
U. C. Comunidade	1	1	0	HTA; D; FA; AVC; EAM;...	0	0	0
Total	33	25	8	----	19	15	4

Legenda: N: Número de participantes; M: Masculino; F: Feminino; HTA: Hipertensão; IC: Insuficiência Cardíaca; EAM: Enfarte Agudo do Miocárdio; AVC: Acidente Vascular Cerebral; D: Disritmias;

Em relação aos dados acima apresentados constatamos que o número dos participantes é diferente desde o momento de observação até à entrevista. Para este fato concorreu a situação clínica das pessoas e também a opção de não quererem continuar por indisponibilidade de tempo. Constatamos que no

contexto da Medicina todos os participantes se mantiveram no estudo. Dos 9 (nove) participantes do contexto da Cardiologia 2 (dois) vivenciaram o agravamento da sua situação clínica e 1 (um) pediu para não continuar no estudo. Em relação à Unidade Saúde Familiar dos 19 (dezanove) participantes, 1 (um) ficou viúvo e pediu para não continuar a participar, 5 (cinco) referiram não ter disponibilidade de tempo, 2 (dois) foram internados e deixaram de ter critérios para integrar o estudo e 2 (dois) após várias tentativas de contato, não compareceram aos momentos marcados para a mesma, pelo que obtivemos uma amostra de 9 (nove) participantes. Em relação à Unidade de Cuidados na Comunidade realizamos uma observação, mas que posteriormente através do cônjuge obtivemos a informação que o mesmo estava a vivenciar um processo de agravamento da situação clínica e não estava disponível. A nossa amostra é de 19 pessoas.

2.3- INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Em relação aos instrumentos de colheita de dados consideramos importante explicitar em primeiro lugar a forma como acedemos ao campo de investigação. Aguardamos pela resposta ao pedido de autorização formulado aos órgãos executivos das instituições de saúde onde pretendíamos realizar o estudo e pelo parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Após todos estes procedimentos iniciamos os contatos com os contextos através do enfermeiro chefe dos serviços, via telefone e posteriormente através do correio eletrónico onde enviamos a sinopse do projeto de investigação (Anexo II) para que ficassem na posse da informação sistematizada e antecipadamente poderem ter conhecimento do mesmo. Posteriormente solicitamos uma reunião para podermos explicitar pessoalmente o que pretendíamos, os objetivos, a finalidade do estudo, tendo por base o documento fornecido por via eletrónica. Explicitamos igualmente como pretendemos operacionalizar todo o processo de investigação, desde as fases do estudo, os instrumentos de colheita de dados e os participantes. O objetivo foi sensibilizar os enfermeiros chefes para solicitarem a colaboração dos enfermeiros para participarem no estudo. Nesta reunião demos a conhecer os documentos a

entregar aos enfermeiros dos serviços, com a explicitação do preenchimento da narrativa e o consentimento informado. (Anexo III)

Deste modo, mobilizamos de acordo com o fenómeno em estudo e a metodologia de investigação várias estratégias de colheita de dados, desde a narrativa de ação, “*Focus group*”, observação e entrevista etnobiográfica. Estas estratégias foram realizadas pela ordem que foram enunciadas, numa perspetiva de transversalidade no processo de investigação tendo em conta os objetivos do estudo. Passamos a explicitar cada uma das estratégias de colheita de dados desde a sua fundamentação, à forma de acesso ao campo e aos participantes.

- ***Narrativa de ação***

Em relação à primeira estratégia de colheita de dados, corresponde à primeira fase do estudo e caracteriza-se pela elaboração de uma narrativa de ação por parte dos participantes enfermeiros, que é uma das formas coerentes e adequadas para se obter informação acerca das práticas uma vez que “*as narrativas permitem que seja mantido o elo fundamental entre saber e contexto*” (Silva e Trentini M., 2002). Consiste em narrar um acontecimento de forma sequencial, seguindo uma estrutura que contempla as seguintes dimensões:

1. A ação (descrição dos factos)
2. As personagens
3. O Tempo em que decorre a ação
4. Contextualização da ação

Os participantes puderam descrever uma situação relacionada com o fenómeno em estudo que emergiu da sua prática, o narrador reorganiza a sua experiência, de modo que esta tenha uma ordem coerente e significativa, dando um sentido ao evento.

As narrativas são habitualmente versões editadas do que aconteceu não se constituindo como descrições objetivas e imparciais, mas antes dependentes das escolhas que a pessoa faz, constituindo-se assim em narrativas de vivências em que a experiência se (re)constrói como um processo integrado no contexto da prática profissional. A pessoa fala de suas experiências, reconstruindo eventos passados de uma maneira congruente com sua compreensão atual (Silva e Trentini M., 2002).

Solicitamos a todos os enfermeiros dos contextos em que se desenvolveu o estudo, uma descrição sob a forma de narrativa de uma situação pela qual foram responsáveis enquanto processo de cuidados em pessoa com doença cardiovascular, cujos critérios de elaboração tinham que integrar as necessidades relacionadas com a situação da pessoa, assim como as intervenções de enfermagem implementadas, os resultados esperados, no âmbito do contexto de cuidados e da preparação do regresso a casa.

Neste âmbito e após elaboração do documento orientador (Anexo III) para a elaboração das narrativas, solicitamos aos enfermeiros chefes de cada contexto, um momento onde pudéssemos pedir a colaboração aos enfermeiros de cada um dos serviços na elaboração de uma narrativa.

Após contato telefónico com os enfermeiros chefes obtivemos permissão para realizar o pedido das narrativas, no serviço de Medicina. O enfermeiro chefe propôs integrar o início de uma reunião de serviço que estava planeada no âmbito da formação, onde tivemos oportunidade de contactar com a maior parte da equipa de enfermagem e expormos a finalidade do estudo, os objetivos e o que pretendíamos nesta fase do mesmo. No serviço de Cardiologia do mesmo hospital, apenas contactamos com o enfermeiro chefe e coordenador, cuja receção permitiu expor de forma precisa e completa o estudo que estávamos a desenvolver, ficando o enfermeiro coordenador, responsável de transmitir e solicitar à equipa de enfermagem as narrativas, entregando o documento orientador a cada enfermeiro que aceitasse participar.

Em relação ao ACES Serrano, na Unidade de Saúde Familiar, através do enfermeiro coordenador, fomos recebidos por todos os enfermeiros que se deslocaram à Unidade para colaborar connosco. Na Unidade de Cuidados da Comunidade, também através do enfermeiro chefe, fomos recebidos por todos os enfermeiros daquela Unidade, onde pudemos expor o estudo.

Desta forma foi muito importante o contato com todas as equipas de enfermagem, pela oportunidade de conhecer os enfermeiros pessoalmente, poder entregar individualmente o documento orientador em formato de papel. Este documento, além da explicitação do que deveria contemplar a narrativa, dos contatos do investigador, tinha associado o consentimento informado que cada enfermeiro entregou devidamente assinado conjuntamente com a narrativa (Anexo III).

Aquando da solicitação das narrativas, propusemos um mês para a elaboração das mesmas. Neste período de tempo, apenas três enfermeiros enviaram por correio eletrónico as suas narrativas. Salientamos que ao longo de todo este percurso, ocorreram algumas mudanças no serviço de Medicina do Centro Hospitalar Central Tejo. Neste âmbito e de acordo com a reorganização dos serviços neste Centro Hospitalar, o serviço de Medicina e os profissionais de saúde afetos ao mesmo foram transferidos para o Hospital Alma Tejo do mesmo Centro Hospitalar. Além de todas as dimensões que qualquer mudança promove, esta transição trouxe aos enfermeiros alguma instabilidade quer profissional, quer emocional, uma vez que segundo os mesmos consideravam que o serviço onde estavam tinha melhores condições físicas para as pessoas e a metodologia de trabalho também era diferente. Tendo em conta estas dimensões, compreendemos que os enfermeiros nesta fase estavam focalizados em tantas mudanças que não conseguiam ter disponibilidade para colaborar connosco, o que dificultou a elaboração das narrativas.

Uma vez que os enfermeiros não enviavam ou informavam que já tinham elaborado as suas narrativas, decidimos em primeiro lugar contatar telefonicamente os enfermeiros coordenadores dos serviços, que já estavam também eles sensibilizados para estimularem os enfermeiros a colaborar, solicitando que fossem questionando os enfermeiros sobre a narrativa. Esta estratégia também não produziu resultados, pelo que após dois meses, decidimos deslocar-nos aos serviços e solicitar diretamente aos enfermeiros em cada turno as narrativas. Ao longo de um mês conseguimos obter vinte e três narrativas. Por este motivo apresentamos um período de tempo mais alargado entre o pedido das narrativas e a sua recolha, tendo ocorrido entre março e dezembro de 2013.

- ***Focus Group***

O planeamento da sessão de “*Focus Group*” sucedeu após a análise das narrativas. O objetivo nesta fase foi reunir um grupo de peritos nesta área do conhecimento - enfermeiros e professores e através da técnica do “*focus group*”, que consiste numa sessão de grupo com um moderador numa situação informal, e cujo objetivo é colher informação sobre um assunto específico. Pretendemos colher contributos para a validação dos resultados das narrativas e para uma melhor compreensão do problema em estudo (Carpenter e Streubert, 2002).

Foram contatados os participantes selecionados via telefone e após confirmação e com o acordo de cada um, foi enviado por correio eletrônico um documento orientador (Anexo IV) com o tema em estudo, a finalidade e os objetivos. Também explicitamos os objetivos, as regras, o tempo previsível, as funções do moderador relativamente ao formato da sessão “*Focus Group*” e no final o consentimento informado que os participantes deveriam trazer assinado no dia da sessão, uma vez que para além da necessidade do consentimento para participar, também tivemos necessidade de utilizar registo audio para gravação da sessão (Alan Bryman, 2012).

A organização da sessão foi orientada de acordo com Alan Bryman (2012), o número ideal de participantes deve ser entre os 9 e os 12 participantes. Devem ficar visíveis por todo o grupo, com a identificação (nome e função) em frente de cada participante, para que todos se conheçam. Toda a sessão foi organizada de acordo com estas dimensões, inclusive tivemos o cuidado de colocar na porta da mesma uma chamada de atenção no sentido de não haver perturbações durante o período da sessão (Alan Bryman, 2012).

Esta sessão do “*Focus Group*” realizou-se no dia 25 de julho de 2014, numa sala da Escola Superior de Saúde Y, após ter sido feito o pedido oficial à Diretora da mesma, a qual concedeu autorização para a sua realização. A sessão teve a duração de duas (2) horas e trinta (30) minutos.

Moderamos a sessão com quatro questões estímulo: ***Considerando o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doença cardiovascular, que intervenções de enfermagem mobilizam na avaliação das pessoas? Em continuidade que importância atribuem ao planeamento dos cuidados? Quais as intervenções de enfermagem que consideram ser promotoras do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular? Que importância atribuem à avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem?*** Lançamos à discussão de forma sequencial e às quais os participantes responderam de forma livre e sem nenhuma ordem específica entre si, o diálogo foi fluindo sem haver atropelos ou sobreposições.

Esta estratégia permitiu identificar as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado – gestão dos diferentes regimes terapêuticos, implementadas no processo de cuidados em pessoas com doença

cardiovascular, numa primeira fase de observação participante, posteriormente observar e validar os resultados das intervenções junto das pessoas que participam nesses processos de cuidados.

- ***Observação participante***

A observação participante foi também uma das estratégias de colheita de dados, desenvolvidas neste estudo. Conforme constatamos no desenho do estudo corresponde à fase em que ingressamos no campo para realizar observação em contexto de cuidados. Observamos momentos de interação entre o enfermeiro e a pessoa com doença cardiovascular que necessita de cuidados de enfermagem no âmbito da promoção do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos. Para a identificação das intervenções de enfermagem que promovem esta autogestão desenvolvemos em igual período de tempo, observação participante nos dois contextos de cuidados hospitalares, Medicina e Cardiologia do Centro Hospitalar Central Tejo, onde validamos as intervenções de enfermagem implementadas diariamente nos processos de cuidados. O período de observação decorreu em ambos os serviços, entre outubro de 2014 e fevereiro de 2015. Durante o mês de dezembro de 2014 desenvolvemos os registos das observações do primeiro contexto e no mês de março de 2015 do segundo contexto.

Ao ingressarmos nos contextos, sentimo-nos sempre bem integrados. Fomos chamados para observar momentos de cuidados, mesmo quando não estávamos naquele momento, isto é, os enfermeiros deslocavam-se e vinham chamar-nos ou solicitavam a uma assistente operacional para o fazer, relevando a perspetiva do investigador como *“insider”*, ao elemento cultural dos contextos de cuidados (Spradley, 1980). A observação é concetualizada de várias formas, sendo que o princípio é transversal a todas as conceções. Mobilizamos enquanto referencial teórico a observação que Spradley (1980) denomina de participação passiva. No entanto outras conceções próximas integram esta perspetiva de Spradley (1980) e, portanto, permitiu-nos alargar os horizontes teóricos face a esta matéria (Spradley, 1980; Streubert e Carpenter, 2002; Caria, 2002; Flick, 2005; Silva e Pinto, 2005; Correia, 2009).

Em relação aos contextos de cuidados de saúde primários a observação foi concretizada durante o mês de abril e maio de 2015. Foi organizado de acordo

com a sugestão das enfermeiras coordenadoras das Unidades de Saúde quer familiar, quer de Cuidados na Comunidade. A observação decorreu em três contextos específicos diferentes, numa extensão da Unidade de Saúde Familiar, onde prestam cuidados duas enfermeiras e assistimos à consulta de enfermagem no âmbito do programa da prevenção das doenças cardiovasculares e metabólicas durante três semanas, à terça-feira. Na Unidade de Saúde Familiar a observação decorreu também no âmbito das mesmas consultas durante quatro semanas às terças e às quintas. Na Unidade de Cuidados na Comunidade apesar da disponibilidade sempre demonstrada apenas observamos uma situação de prestação de cuidados que ocorreu no âmbito da visita domiciliária, uma vez que os critérios estabelecidos para a pessoa integrar o estudo, naquele período em que a observação ocorreu, a unidade tinha apenas uma pessoa com os critérios definidos (Spradley, 1980; Streubert e Carpenter, 2002; Caria, 2002; Flick, 2005; Silva e Pinto, 2005; Correia, 2009).

A observação desenvolveu-se de acordo com um guião elaborado que surgiu da análise dos dados quer das narrativas, quer da sessão do *“focus group”* no sentido de poder identificar as intervenções de enfermagem anteriormente encontradas, mas também centrado nas etapas que Spradley (1980) define em termos de observação participante. Organizamos uma ficha em formato de papel com espaço para cada etapa no sentido de podermos no momento da observação fazer os registos após a mesma, para posteriormente desenvolvermos então o registo expansivo das observações realizadas, que habitualmente ocorria no final de cada período de observação, consoante o contexto em que ocorreram as observações (Anexo V) (Spradley, 1980; Marcon e Elsen, 2000; Correia, 2009; Abib, Hoppen e Junior, 2013).

Ao longo de todo o processo de observação participante tendo em conta a promoção da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular, colhemos os dados referentes à identificação das pessoas: nome, sexo, morada, telefone, situação clínica e, claro, caso a pessoa consentisse colaborar no estudo, informávamos os objetivos e o que pretendíamos fazer (Anexo VI). A primeira abordagem foi sempre realizada com o enfermeiro responsável pelos cuidados aquela pessoa naquele turno. O objetivo desta identificação prende-se com a terceira fase do estudo, ingressar no campo de observação após 3 a 6 meses e através de um guião de entrevista,

verificar e validar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, pesquisando nas pessoas que integraram o estudo na fase anterior, como se encontram face ao seu autocuidado – gestão do regime terapêutico e qual a sua percepção em relação ao contributo das intervenções de enfermagem neste âmbito.

Tendo em conta as alterações ocorridas no contexto da Medicina anteriormente explicitadas, após validação com o enfermeiro chefe do serviço que é comum a ambos os serviços, decidimos realizar a observação participante na Medicina A, uma vez que era o serviço onde a equipa de enfermagem era constituída maioritariamente pelos enfermeiros com os quais já tínhamos contactado anteriormente e a quem tínhamos solicitado as narrativas. Neste âmbito, o contexto da observação participante limitou-se ao serviço da Medicina A do Hospital Alma Tejo, com o acordo do enfermeiro chefe e coordenador que é responsável pelo serviço.

- ***Entrevista etnobiográfica***

Na continuidade da observação importava valorizar a percepção dos participantes, pessoa com doença cardiovascular, em relação às intervenções de enfermagem promotoras da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos, através de entrevistas em profundidade (Amendoeira, 2006). Consideramos que a avaliação dos resultados neste estudo caracteriza-se pela perspetiva da centralidade da pessoa no processo de cuidados, tendo em conta o conhecimento à priori das características culturais dos participantes (linguagem, hábitos de vida, necessidades) importava aceder à forma como esses mesmos participantes descodificaram as intervenções de enfermagem, cuja efetividade foi percecionada e identificada pelos próprios.

Neste âmbito recorreremos à técnica da entrevista etnobiográfica com o sentido de colocar a pessoa com doença cardiovascular no contexto natural para assim obtermos a melhor qualidade dos resultados. Procurando atribuir ao entrevistado o mais elevado grau de liberdade para contextualizar as suas respostas às questões formuladas elaboramos um guião de entrevista constituído por quarenta e seis (46) tópicos integrados nos quatro (4) temas definidos anteriormente, permitindo uma resposta valorativa com três (3) níveis: “nada importante; importante e muito importante” e não sabe/não responde, com recurso a uma escala de likert, para verificação e validação dos resultados das intervenções de enfermagem junto das pessoas que fazem parte dos

processos de cuidados após três (3) a seis (6) meses. Considerando que o que importava era ajudar as pessoas a situarem-se no contexto da entrevista (etnobiográfica) foi dada a possibilidade de expressão qualitativa associada a cada tópico (Anexo VII) (Streubert e Carpenter, 2002; Flick, 2005; Amendoeira, 2006).

Os participantes expressaram a opinião relacionada com a percepção que têm da situação de saúde doença e das capacidades que desenvolveram para autogestão dos diferentes regimes terapêuticos. A semidiretividade da entrevista caracteriza e constitui-se pela possibilidade da pessoa com doença cardiovascular poder responder livremente quando justifica a importância que atribui à intervenção de enfermagem. Pela proximidade com as pessoas pudemos repetir as questões, esclarecer algum aspeto que no primeiro impacto não fosse perceptível, não havendo necessidade de reformular as questões, mas sim repetir de forma mais pausada ou alterando o início ou o fim da questão, por exemplo, em relação à questão: que importância atribuiu ao enfermeiro identificar-se sempre que lhe prestava cuidados? Por vezes tivemos que repetir a questão, mas agora de outra forma: quando o enfermeiro chegava ao pé de si e dizia como se chamava, sentiu que isso foi importante? Isto é, não mudamos a questão, mas o fato de termos conduzido as entrevistas, permitiu realizá-las adequando a cada pessoa, a forma de colocar as questões e assim obter respostas espontâneas, que habitualmente se iniciavam com um “Ah! Isso...” (Amendoeira, 2006).

A proximidade com as pessoas permitiu o acesso para o desenvolvimento da entrevista. “A decisão passou assim, pela utilização da técnica da entrevista com a finalidade de recolher o saber específico de que a pessoa integra” (Amendoeira, 2006, p:71-72). Neste caso, consideramos este saber específico como a percepção e aquilo que as pessoas integram e demonstram face às intervenções de enfermagem implementadas. Tendo em conta a mobilização do método etnográfico e a forma como o investigador está no processo, esta entrevista constituiu-se como um guia orientador (Amendoeira, 2006).

No sentido de validarmos se esta entrevista era perceptível pelas pessoas com doença cardiovascular, realizamos cinco (5) entrevistas a pessoas que apresentavam os critérios definidos para integrar a amostra e que se constituíram como um ensaio na realização da mesma. Destas cinco entrevistas realizadas os participantes não relataram qualquer tipo de constrangimento ou

dificuldade nas respostas pelo que decidimos realizar a entrevista às pessoas com doença cardiovascular participantes no estudo.

Toda a entrevista faz emergir a avaliação da pessoa não só quando atribui um nível de importância a cada uma das ações e intervenções de enfermagem, mas essencialmente pela dimensão da justificação da resposta onde a mesma teve a oportunidade de expressar as suas perceções e razões dos resultados das mesmas tendo como perspetiva a sua capacitação para as tomadas de decisão na autogestão dos diferentes regimes terapêuticos.

De salientar que ao longo do percurso, quando realizamos a validação dos dados com as pessoas observadas, a construção da relação investigador/participante foi crucial, no sentido de podermos desenvolver a entrevista como *“insider”*. Durante os momentos de validação dos dados, sentir que as pessoas demonstraram disponibilidade para entrarmos nas suas casas, podermos conversar na sua sala, oferecerem uma água ou um chá ou umas uvas da sua parreira que foram apanhar, consideramo-nos assim *“insider”* o que facilitou todo o processo. Além do trabalho e da aprendizagem ao longo de todo o percurso, também estas dimensões da relação e do afeto, são e fazem parte daquilo que teoricamente o método etnográfico refere (Spradley, 1980; Flick, 2005).

2.4- TRATAMENTO DOS DADOS

Em relação ao tratamento dos dados todo o processo desenvolveu-se tendo por base a metodologia de investigação mobilizada. Na primeira fase do estudo, as narrativas elaboradas pelos enfermeiros dos contextos, foram sujeitas a leitura flutuante e feita a codificação das mesmas, procedemos à sua análise, através do programa informático *“NVIVO 10”*. Este programa permitiu-nos definir os temas, dimensões e categorias centradas nas intervenções de enfermagem relevantes para construção e planeamento da sessão *“focus group”*. Também nos desocultou algumas dimensões que contribuíram para a construção do guião de observação participante a realizar após a sessão do *“focus group”*. Neste caso após uma análise através deste programa, sistematizamos os temas que integram as intervenções de enfermagem, da forma apresentada nos quadros seguintes.

Quadro nº 5 – Temas e dimensões que emergiram do tratamento das narrativas

TEMAS	DIMENSÕES	EXPRESSÕES PRESENTES NAS NARRATIVAS
RAZÃO DO CUIDADO	Acompanhamento no processo de saúde doença Necessidades de autocuidado	Adesão; Gestão; Regime terapêutico Assistir; Autocuidado Avaliar; Fazer; Intervenção Confiança; Disponibilidade Conhecimentos Ensinos; Instruir; Treinar Promover; Proporcionar Envolver; Participar
INSTRUMENTOS QUE SUPORTAM O CUIDADO	Tomada de decisão Responsabilização	
CUIDADO EM SI MESMO	Capacitação para o autocuidado Gestão dos regimes terapêuticos	
RESULTADOS DO CUIDADO	Satisfação das necessidades de autocuidado Auto consciencialização Ações de autocuidado	

Apesar deste procedimento, desenvolvemos o trabalho da codificação das narrativas, enquanto unidade de registo tendo por base a definição segundo Bardin (2013) uma vez que extraímos frases que recodificamos como “**N(x)(y)**”, sendo **N** a narrativa, **X** o contexto onde a narrativa foi elaborada e **Y** o número sequencial da narrativa, como exemplo desta codificação sempre que surge uma unidade de registo cuja origem são as narrativas na análise e discussão dos resultados, surge da seguinte forma: “...Este senhor veio por um acidente vascular cerebral, mas só o afetou em termos cognitivos, em termos motores apenas apresentava algum desequilíbrio, uma ligeira hemiparesia à direita, mas a parte cognitiva é que estava mais afetada...”NM16 (Narrativa, Medicina,

número 16). Exemplificamos também sob a forma de quadro no sentido de elucidar como se realizou a análise.

Quadro nº 6 – Estrutura de análise dos dados referentes às narrativas

TEMA	CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
RAZÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação das Capacidades/habilidades • Conhecimento dos hábitos • Avaliação das necessidades/Conhecimento do processo de saúde doença da pessoa • Avaliação das perspectivas/expectativas face ao cuidado/perceção de saúde • Conhecimento do ambiente familiar • Colaboração multidisciplinar • Informação partilhada 	<p>“...grande dificuldade...adequação dos hábitos alimentares...alimentos consumidos, teor de sal e gorduras...horários...”N2UCC</p> <p>“...Para ele nada mais havia a fazer pela sua saúde senão aguardar a morte: “ vale mais morrer que andar para aqui a dar trabalho...”N7USF</p> <p>“...Surgiram contradições, não ficando o filho muito agradado com posição do pai, afirmando mesmo que ele não quer ter uma alimentação correta, cometendo diversos exageros a que tem que se opor...”N6USF</p>
INSTRUMENTOS QUE SUPORTAM O CUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação das tomadas de decisão • Mobilização de instrumentos de avaliação • Desenvolvimento de uma relação interpessoal • Implementação de técnicas/ estratégias de comunicação • Pensamento crítico • Observação Escuta ativa • Julgamento clínico 	<p>“...Foi detetado que o utente tinha abandonado a toma dos anti hipertensores, por crença de que os valores estariam controlados e de que nesse caso a toma não era necessária...”N2UCC</p> <p>“...Facultado espaço para questões, dúvidas...”N9C</p> <p>“...Avaliei, sob algum silêncio alguns parâmetros, verificando, obesidade moderada e TA com valores elevados, considerados- risco elevado...”N5USF</p> <p>“...levou-me a reflectir, que ao realizar ensinios é sempre fundamental fornecer opções que se adaptem ao estilo de vida, horários, ambiente familiar do utente, etc...”N8USF</p> <p>“...passo os olhos por elas (análises) e à priori não visualizo nada pertinente a não ser quando noto um valor de HDL abaixo do considerado normal-27</p>

		mg/dl... sendo que em 2010 apresentava um valor de 43 mg/ dl...triglicéridos tinha um valor de 100 mg/dl e em 2010 esse valor era de 74 mg/dl..."N4USF
CUIDADO EM SI MESMO	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação para as ações de autocuidado • Orientação personalizada • Informação em suporte escrito • Desenvolvimento de habilidades de aprendizagem • Compromisso • Negociação • Personalização do cuidado 	<p>"...Tive o cuidado de fazer ensinios à utente sobre a alimentação mais adequada..."N4USF</p> <p>"...construído um esquema com as imagens das caixas dos medicamentos...colocada também de forma esquemática e com imagens (alimentação)..."N7USF</p> <p>"...sensibilizá-la para a importância duma alimentação saudável aliada à prática de exercício físico regular..."N4USF</p> <p>"...Iniciou-se esquema de insulina, sendo as primeiras tomas feitas diariamente no centro de saúde, pelo próprio com a minha ajuda..."N7USF</p> <p>"...ficando combinado nas próximas consultas voltarmos a discutir a situação ponderando o que podemos mudar ou ajustar a medida das possibilidades de cada um..."N6USF</p> <p>"...fui negociando com o utente ajudando-o nas suas opções e ajustando à sua realidade, à sua profissão, às suas vivências etc..."N8USF</p> <p>"...um planeamento adequado, através de um estabelecimento inicial de uma relação de confiança e posteriormente estabelecimento de numa pareceria..."N8USF</p>
RESULTADOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfação das Necessidades de autocuidado • Ações de autocuidado • Tomada de decisão partilhada com a pessoa • Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos 	<p>"...verifico algumas conquistas, como, não faltar às consultas, mudar alguns consumos na alimentação..."N5USF</p> <p>"....após os ensinios o discurso de ambos é de</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do aparente autoconhecimento concordância...”N6USF <p>“...Durante o acolhimento...a ansiedade relacionada com o procedimento ...vinha ...mais “diluída” ...apresentava alguns conhecimentos sobre a funcionalidade de um pace maker...cuidados inerentes à colocação do mesmo...”N10C</p> <p>“...Em três meses este utente reduziu a hemoglobina glicada em 2%, diminuindo o risco de complicações pela diabetes em metade. O seu controle da hipo coagulação normalizou, bem como a tensão arterial...”N7USF</p> <p>“...poderem actuar de forma consciente acerca dos comportamentos e estilos de vida que pretendem adoptar aderindo ao plano terapêutico com sucesso...”N8USF</p>
--	--

Este processo desenvolveu-se no sentido de identificar as intervenções de enfermagem descritas pelos enfermeiros. Surgem assim expressões das narrativas que permitiram criar categorias como eventuais intervenções de enfermagem. Salientamos esta questão porque havendo um percurso metodológico com várias estratégias de colheita de dados e respetiva análise dos mesmos, esta foi a grelha inicial para planearmos a sessão de “*focus group*”.

Os resultados das narrativas foram validados através da sessão de “*focus group*” cujo registo áudio foi transcrito e posteriormente analisado recorrendo à técnica de análise de conteúdo, que segundo Silva e Pinto (2005) e Bardin (2013) é uma técnica de tratamento de informação no sentido de identificar quais as categorias e subcategorias que emergem das mesmas e assim poder construir um guião de entrevista e de observação. Estes resultados trouxeram uma consistência em relação ao processo de cuidados que é desenvolvido pelos enfermeiros numa base científica, com as etapas do processo de enfermagem identificadas de forma explícita como forma de organização das intervenções de enfermagem promotoras da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos, isto é, os participantes nesta sessão relevaram a avaliação da pessoa, o planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem como

etapas cruciais para que possam ser prestados cuidados personalizados com o envolvimento da pessoa tendo em vista a sua capacitação para a autogestão.

Da análise realizada tendo em vista a sua mobilização para o corpus do trabalho procedemos à codificação das unidades de registo extraídas das falas dos participantes com a seguinte configuração: **“FGX”**. Explicitamos a codificação como **FG** – Focus Group e **X** o número correspondente à classificação que definimos de acordo com o início da intervenção de cada participante em relação ao primeiro estímulo lançado ao grupo na sessão, apresentamos um exemplo para uma orientação na leitura da análise e discussão dos resultados: *“...um dos aspetos que me parece pertinente...é necessidade de avaliação do risco cardiovascular...FG1*

Quadro nº 7 – Estrutura de análise dos dados referentes à sessão do “Focus Group”

TEMA	CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Razão do cuidado de enfermagem		“...a importância de colocarmos a pessoa no centro dos nossos cuidados...então a avaliação inicial e todo o processo de enfermagem, vai ter que ser muito valorizado e a importância de percebermos aquela pessoa na sua singularidade é que nos vai permitir planejar exatamente os cuidados adequados aquela pessoa...”FG11
Instrumentos que suportam o cuidado	Que intervenções de enfermagem mobilizam na avaliação das pessoas? Que importância atribuem ao planeamento dos cuidados?	“...mas vamos planejar e envolver a família...a família e isso é fundamental...se não envolvermos a família, raramente haverá sucesso...”FG6
Cuidado em si mesmo	Quais as intervenções de enfermagem que consideram ser promotoras do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular?	“...quando nós temos um contato muito próximo com o doente...temos aqui outro espaço que é preparar...as pessoas para aquilo que possa ser dentro do risco a sua condição de aprendizagem a lidar com esse processo ou eventualmente a evitar...”FG1 “...Ensinar o que é que os doentes podem fazer no seu dia-a-dia, o que é que eles podem fazer...incentivar...em

		<p>casa o que é que pode fazer, o que é que pode não fazer, para chegar...o que ...facilitar ...capacitá-lo para fazer coisas que já não era possível fazer...e é ensinar o que é que tem que fazer, como fazer..."FG6</p> <p>"...Podem estar intervenções no âmbito do informar...informar só...mas também ao nível do treinar capacidades e aprendizagens...depois tem que se adaptar a cada situação, a cada individualidade..."FG10</p> <p>"...aí nós ensinamos mesmo os doentes em muitas coisas, no seu dia-a-dia, em relação às suas atividades de vida..."FG6</p>
Os resultados do cuidado	Que importância atribuem à avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem?	<p>"...Às vezes damos a informação às pessoas...muitas vezes...ahhh...ficamos por aí..."FG2</p> <p>"...para mim, ensinar...imaginemos que vamos fazer um ensino e escrevemos em notas hábitos alimentares...evitar as gorduras...temos que especificar..."FG7</p> <p>"...se registarmos temos indicadores e podemos avaliar o trabalho dos enfermeiros. Eu advogo cada vez mais a existência de normas de enfermagem e orientações técnicas de enfermagem..."FG1</p> <p>"...não havendo registos...aa...nós não conseguimos dar continuidade a esses ensinos e depois vem a avaliação e sem registos não há avaliação..."FG8</p> <p>"...falar de adesão à terapêutica...numa doença crónica, sem falar em continuidade de cuidados...estamos então a trabalhar de costas uns para os outros...mesmo quando se faz a avaliação inicial...não podemos realmente avaliar...com este</p>

	objetivo, se nos limitarmos a questionar...e nós frequentemente limitamo-nos a questionar perante um guião que temos ali...faz isto...faz aquilo...faz o outro...bom quer dizer...é um começo...mas se calhar não...não conseguimos é atingir os objetivos que pretendemos...FG2
--	--

Salientamos que a sessão de “*focus group*” centrou-se na metodologia científica do processo de enfermagem, uma vez que ao longo da análise das narrativas percebemos que os enfermeiros mobilizam esta metodologia no processo de cuidados. As intervenções de enfermagem que foram identificadas seguiram as etapas da avaliação, do planeamento, implementação e avaliação dos resultados.

Deste modo, a análise dos resultados destas duas estratégias de colheita de dados criou condições para identificar as intervenções de enfermagem tendo em vista cada etapa do processo de enfermagem no sentido de nos orientar para a observação participante.

No que diz respeito à observação participante foi desenvolvida tendo por base um documento orientador que proporcionou um registo de cada uma das observações centrada em algumas das dimensões que Spradley (1980) define e que contribuiu para a organização do registo (Anexo V). A análise de conteúdo de acordo com Bardin (2013) permitiu identificar nestes registos as intervenções de enfermagem promotoras da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos. Este registo expansivo foi codificado da seguinte forma, após cada uma das unidades de registo que surgem na análise e discussão dos resultados identificamos com “**OMX**”, isto é, **O** de observação, **M** do contexto onde ocorreu a observação, neste caso Medicina e **X** o número que atribuímos de forma sequencial a cada uma das observações. Surge assim no corpus do trabalho: “...Referiu ainda que tinha estado a ver a medicação habitual do senhor no domicílio, e que não constava a varfarine...”OM5

Relacionando-se com os temas já definidos, identificamos unidades de significação que correspondem às intervenções de enfermagem. A construção da grelha de análise das observações tem na sua génese os dados das anteriores técnicas de colheita de dados em associação com os que foram registados

durante as observações nos contextos da prática clínica. Apresentamos o quadro em duas partes por questões gráficas para melhor percepção do todo.

Quadro nº 8 – Estrutura de análise dos dados referentes à Observação

TEMAS	RAZÃO DO CUIDADO		INSTRUMENTOS DO CUIDADO	
UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Gestão da Informação clínica Normatividade dos cuidados	Avaliação das Necessidades Conhecimentos e capacidades da pessoa	Gestão da Comunicação Relação interpessoal Mobilização da informação para o cuidado	Julgamento clínico Tomadas de decisão
UNIDADES DE REGISTO	“...a enfermeira validou toda a terapêutica no processo da pessoa...”OM ₁	“...Apresenta sutura na região occipital. Lipotimias de repetição e infecção respiratória. Tem como antecedente FA; Doença Cerebrovascular e HTA...”OM ₁	“...Ao entrar no quarto cumprimento u as três pessoas que se encontravam no leito...”OM ₁	“...A enfermeira observou a ferida da senhora...”OM ₂

CUIDADO EM SI MESMO		RESULTADOS DO CUIDADO	
Satisfação das necessidades das pessoas	Capacitação para o autocuidado das pessoas	Registos/legalidade/Visibilidade/continuidade dos cuidados	Avaliação dos resultados
“...retirou comprimido do involucro com cuidado de não tocar dando à pessoa, solicitando que o tomasse (antibiótico), facultou a garrafa de água, por não conseguir abrir a enfermeira abriu...”OM ₁	“...A enfermeira informou a pessoa dos medicamentos que ia tomar...”OM ₁	“...validou as intervenções de enfermagem planeadas da última consulta, e o que pretendia intervir nesta...”OUSF ₁	“...Referiu que já percebeu que tem que abrandar no seu ritmo diário de trabalho e que tem que pensar mais nele e na sua saúde...”OM ₄ .

Consideramos que a evolução nas fases do estudo permitiu ir integrando um conjunto de dados que em associação com a conceção teórica mobilizada resultou numa matriz de análise que proporcionou uma base de sustentação para análise e discussão dos resultados tendo em vista a finalidade do estudo, desenvolver uma teoria prescritiva que permita sistematizar nos processos de cuidados em pessoas com doença cardiovascular, as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado – gestão dos regimes terapêuticos que se traduzem em resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Neste âmbito, a operacionalização das estratégias de colheita de dados e de acordo com o desenho do estudo realizamos as entrevistas às pessoas, sujeitos de cuidados no momento da observação participante, após 3 (três) a 6 (seis) meses. Procedemos à técnica de análise de conteúdo de acordo com Bardin (2013) extraímos unidades de registo e codificamos com a designação de “EX”, isto é, E de entrevista e X a numeração atribuída a cada uma das entrevistas com a ordem que cronologicamente ocorreram. Surge no corpus do trabalho da seguinte forma: “...Desconhecia, só quando nos acontece é que sabemos dar o valor...”E2. Apresentamos sob a forma de quadro o exemplo da matriz de análise das entrevistas apenas na dimensão qualitativa, ou seja, as respostas dos participantes à questão aberta, centrada na justificação do nível de importância que davam a cada uma das ações de enfermagem.

Quadro nº 9 – Estrutura de análise dos dados referentes à Entrevista Etnobiográfica

INTERVENÇÃO	INDICADORES
Falar com a pessoa acerca do diagnóstico médico e outra informação (medicação habitual, o que aconteceu)	Explicou-me o que foi E1 Vocês cuidaram de mim, subiu a minha autoestima E1 Para as coisas correrem bem E2 Embora já tenha cuidados, mas comecei a ver de outra maneira E2 Mesmo quando não conseguimos cumprir tudo à regra E6 Senti que estava acompanhado E8 Ajudou-me a conhecer mais o meu problema E9 Para nós ficarmos dentro do assunto E11 Queremos ter saúde, temos que guardar as ideias E13 Tem muita influência no tratamento e na sua continuidade E13 Agente estar sempre esclarecidos das coisas E15 Porque é bom ele falar para sabermos o que fazer E19

	<p>É uma ajuda boa, não estamos em condições de saber tudo E17</p> <p>O enfermeiro ajuda-me a saber até o tipo de medicação...é essencial E13</p> <p>Disponibilidade/atenção/Confiança E3</p> <p>A partir daí que se faz o despiste E3</p> <p>Saber o historial que pudesse ter levado a ter este problema E4</p> <p>Qualquer enfermeiro para tratar um utente tem saber o que está a tomar, saber do problema e do tratamento E12</p> <p>O enfermeiro tem que saber com que linhas é que se coze E15</p> <p>Para poder tratar o melhor que sabe ou que pode E15</p> <p>É uma maneira de ver que eles estão interessados E18</p> <p>Interesse pela saúde da pessoa E19</p>
--	--

No que diz respeito ao tratamento dos dados que encontramos no âmbito da escala de likert, estes foram introduzidos no programa de análise estatística “SPSS 22”, os quais apresentamos sob a forma de tabelas ao longo da análise e discussão dos resultados no sentido de demonstrar a relevância atribuída pelas pessoas face às intervenções e ações de enfermagem realizadas como promotoras da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos. Apresentamos a análise estatística no âmbito da identificação da frequência das respostas, demonstrando assim a importância que as pessoas atribuíram aos cuidados de enfermagem tendo em conta o fenómeno em estudo. Esta avaliação permitiu afirmar que as intervenções e ações de enfermagem identificadas, sendo valorizadas e identificadas pelas pessoas, traduzem as respostas humanas aos processos de saúde doença, ou seja, a perceção que têm das mesmas e do seu contributo para a promoção da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos.

Após todos os procedimentos de tratamento dos dados foi elaborada uma matriz que integrou todas as fases anteriormente abordadas, que conforme referimos permitiu também perspetivarmos algumas inferências teóricas relacionadas com cada um dos temas, dimensões e categorias.

Quadro nº 10 - Matriz de análise face à questão de investigação: quais as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular?

TEMA	DIMENSÃO	CATEGORIAS	INFERÊNCIA TEÓRICA
RAZÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	Gestão da Informação clínica	Diagnóstico médico e medicação habitual	Comportamento de autocuidado/Requisito de autocuidado: desenvolvimento e desvio de saúde/ações de autocuidado
		Conhecer os problemas de saúde anteriores	
	Normatividade dos cuidados	Validar os dados	
		Confirmar a medicação que administra	
		Administrar a medicação	
		Explicar a medicação que administra	
	Avaliação das necessidades de autocuidado	"Avaliar sinais vitais e outros parâmetros	Comportamento de autocuidado/self/Requisito de autocuidado: desenvolvimento e desvio de saúde/ações de autocuidado
		Conhecer os hábitos de vida	
		Conhecer o contexto em que vive	
		Identificar as suas necessidades	
	Centralidade das pessoas	Estar atento às necessidades	
		Validar com a pessoa o que sabia sobre a situação	
		Perceber como a pessoa resolve as necessidades	
		As razões das decisões da pessoa face às necessidades	
INSTRUMENTOS QUE SUPORTAM O CUIDADO DE ENFERMAGEM	Relação interpessoal	Confirmar com a pessoa a informação transmitida	Self-management/comportamento de autocuidado/necessidade terapêutica de autocuidado/requisitos de autocuidado: desenvolvimento e desvio de saúde/ agente de autocuidado
		Estabelecer com a pessoa uma relação terapêutica	
		Manter uma atitude de escuta	
	Julgamento clínico	Comunicar com a pessoa numa linguagem clara e perceptível	
		Promover o envolvimento da pessoa nos cuidados	
	Tomada de decisão	Explicar a razão dos cuidados à pessoa	
		Analisar a situação de acordo com as necessidades da pessoa	
		Priorizar os cuidados	
O CUIDADO EM SI MESMO	Capacitação para o autocuidado	Validar a prioridade dos cuidados	Autocuidado/Self-management/agente de autocuidado/ações de autocuidado/requisitos de autocuidado: desenvolvimento e desvio de saúde/necessidade terapêutica de autocuidado
		Planear os cuidados de enfermagem de acordo as necessidades	
		Informar sobre os cuidados a ter no dia-a-dia	
		Ensinar a pessoa de acordo com as necessidades	
	Documentação do cuidado	Validar com a pessoa a informação dada sobre os cuidados	
		Estabelecer com a pessoa metas possíveis de serem atingidas	
		Elogiar as capacidades demonstradas da pessoa	
		Registrar os cuidados prestados à pessoa	
RESULTADOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	Comportamentos de autocuidado	Validar com a pessoa os registos anteriores antes de prestar cuidados	Autocuidado/agente de autocuidado/ações de autocuidado/transição/comportamentos de autocuidado/Self-management
		Partilhar a informação da pessoa entre os profissionais	
		Enviar a informação da pessoa que garante a continuidade dos cuidados	
	Processo de transição	Apoiar a pessoa nas suas necessidades	
		Proporcionar a satisfação das necessidades	
		Validar com a pessoa as capacidades adquiridas	
		Reforçar a informação dos cuidados	
		Reformular os cuidados para gerir melhor a situação de saúde doença	

2.5- Procedimentos Éticos

Assumimos o compromisso em manter de forma criteriosa todas as dimensões éticas que se impõem e o anonimato de todos os participantes no estudo.

Porque a centralidade nas pessoas foi uma condição no desenvolvimento deste estudo, também na dimensão ética esta condição foi constante, quer pela dimensão da sua privacidade, quer pelo dever que temos em preservar e manter a segurança face à divulgação dos dados dos participantes. No entanto, estes aspetos tornam-se importantes quando os participantes depois de terem sido devidamente informados e esclarecidos possam dar o consentimento informado (Streubert e Carpenter, 2003; Neves, 2004; Silva e Pinto, 2005; Flick, 2005).

Consideramos, no que diz respeito aos procedimentos éticos que existem duas dimensões extremamente importantes para salvaguardar o rigor e essencialmente centrado no interesse dos participantes a preservação da sua privacidade, integridade física, emocional, social, cultural e espiritual e, por conseguinte, a sua segurança. Uma delas centra-se na dimensão institucional, ou seja, sempre que pretendemos desenvolver um estudo numa instituição pública ou privada, temos que obter o consentimento dessas instituições para a realização do estudo. A outra centra-se na dimensão pessoal, isto é, obter o consentimento informado de todos os participantes no estudo. Sem estas dimensões estarem asseguradas o estudo não pode, nem deve ter continuidade (Streubert e Carpenter, 2003; Neves, 2004; Silva e Pinto, 2005; Flick, 2005).

Também importa salientar que além dos pedidos de autorização aos contextos de cuidados onde realizamos o estudo, solicitamos também um parecer à Comissão de Ética da Universidade do Porto, no sentido de salvaguardarmos os procedimentos éticos nas instituições que não possuem Comissão de Ética. Neste caso, obtivemos a autorização para realizar o estudo por parte da administração do Centro Hospitalar Central Tejo, mas não houve qualquer menção à aprovação por parte de uma Comissão Ética, ou seja, nesta dimensão pelo fato de termos o conhecimento por parte da Universidade em que desenvolvemos o curso de doutoramento foi uma salvaguarda para mantermos os princípios e valores éticos face aos participantes no estudo.

Em primeiro lugar elaboramos o pedido através de ofício para o Conselho de Administração do Centro Hospitalar Central Tejo, acompanhado da sinopse do

projeto de investigação e o pedido de realização do estudo nos serviços previamente estabelecidos (Anexo VIII). De modo idêntico enviamos o para o Diretor Executivo do ACES Serrano com a designação das unidades previamente estabelecidas (Anexo IX). Em relação ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Central Tejo, obtivemos o consentimento para a realização do estudo em ambos os contextos através do correio eletrónico enviado com o despacho do ofício onde explicitam a autorização (Anexo X). Em relação ao ACES Serrano, a direção enviou o pedido para a Comissão de Ética da Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo, que após análise do projeto solicitou através de uma lista de verificação de todos os passos de um projeto de investigação, à qual tivemos a oportunidade de explicitar, tendo o parecer favorável por parte da mesma em fevereiro de 2013 (Anexo XI).

Posteriormente após a autorização da realização do estudo por parte de ambos os contextos, elaboramos o documento para solicitar o consentimento informado aos participantes enfermeiros dos mesmos. Como a primeira fase do estudo foi o pedido das narrativas, estruturamos o documento em função destas dimensões. Neste âmbito, este documento integrava além do consentimento e devida assinatura, o pedido da narrativa com a contextualização do que se pretendia desde o conceito aos conteúdos que podiam descrever na mesma (Anexo III).

Em relação à sessão do *“focus group”* e aos participantes que a integraram, foi enviado o documento orientador que explicitava o que se pretendia com a sessão, os objetivos, a organização e dinâmica da mesma (Streubert e Carpenter, 2003). Este documento orientador integrava também o consentimento informado que os participantes entregaram no dia da sessão devidamente assinado (Anexo IV).

Por fim e durante os momentos de observação solicitamos o consentimento informado (Anexo VI) às pessoas com doença cardiovascular. Este pedido ocorreu no momento da observação, pois tivemos necessidade de identificar os participantes sujeitos de cuidados, porque necessitávamos da sua autorização para observar os momentos de interação enfermeiro/pessoa e obter o consentimento informado, não só para a observação, mas também para posteriormente, 3 (três) a 6 (seis) meses realizarmos a entrevista no domicílio das pessoas (Spradley, 1981; Streubert e Carpenter, 2003;).

PARTE III – ANÁLISE E COMPREENSÃO DO FENÓMENO

3 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS A CAMINHO DE UMA TEORIA PRESCRITIVA

Na análise e discussão dos resultados centramo-nos em quatro temas que são agregadores em relação à compreensão do fenómeno em estudo: **Razão do cuidado de enfermagem; Instrumentos que suportam o cuidado de enfermagem; Cuidado em si mesmo; Resultados do cuidado de enfermagem.** Associados a estes temas surgem as dimensões que os enformam numa relação integrativa. Neste sentido apresentamos a análise e discussão dos resultados em que cada tema se constitui como um capítulo e no final de cada um será feita uma síntese do mesmo, numa perspetiva agregadora e sistematizadora da análise.

3.1 - RAZÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Ao identificar junto dos enfermeiros quais as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular, tivemos em conta essencialmente o primeiro objetivo do estudo, identificar as intervenções de enfermagem na perspetiva da prática clínica em contextos diversos. As unidades de enumeração reportam-se à totalidade dos achados extraídos das várias técnicas de colheita de dados ao longo do estudo.

Quadro nº 11 – A Razão do Cuidado de Enfermagem

DIMENSÕES	CATEGORIAS	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO			
		N	FG	OP	E
Gestão da informação clínica	Falar sobre diagnóstico	178			
	Conhecer os problemas de saúde anteriores				
Normatividade dos cuidados	Validar os dados	105			
	Confirmar a medicação que administra				

	Administrar a terapêutica	
	Explicar medicação que administra	
	Avaliar sinais vitais e outros parâmetros	
Avaliação das Necessidades de autocuidado	Conhecer hábitos de vida	39
	Conhecer o contexto em que vive	
	Identificar as necessidades	
	Estar atento às necessidades	
Centralidade das pessoas	Validar o que sabia sobre a situação	368
	Perceber como resolve as necessidades	
	As razões das decisões	
	Confirmar a informação transmitida	

O tema identificado “**A Razão do Cuidado de Enfermagem**” pode ser enunciado tendo por base saber porque intervêm os enfermeiros? De acordo com a conceção que temos vindo a desenvolver, as intervenções de enfermagem centradas na razão e na natureza do cuidado emergem essencialmente em duas etapas do processo de cuidados, cuja metodologia se desenvolve através do processo de enfermagem, isto é, essencialmente na avaliação inicial e no planeamento. No sentido de demonstrarmos esta dimensão do processo de cuidados e compreendermos o fenómeno em estudo, enumeramos algumas unidades de registo dos participantes:

“...veio por desvio da comissura labial e diminuição da força muscular à esquerda. Deu entrada no serviço...onde ficou internado com o diagnóstico de Acidente vascular cerebral direito...”NM21

“...como antecedentes pessoais apresentava fibrilhação auricular, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus e já tinha tido outro A.V.C. em Julho do presente ano...”NM21

“...Depois ela disse-me que em casa todos os dias ao pequeno-almoço, toma um comprimido...”NM22

Se nos reportarmos às etapas do processo de enfermagem concetualizado por Orem (2001), diagnóstico e prescrição, este só pode ser operacionalizado se houver razões para o enfermeiro intervir, ou seja, estamos a falar de ações que permitem elaborar diagnósticos e prescrever intervenções de enfermagem, baseados numa avaliação da pessoa e validação dessa mesma avaliação. Neste âmbito sendo a ação de enfermagem: “os comportamentos específicos ou ações dos enfermeiros para implementar uma intervenção e que auxiliam pessoas a avançar rumo a resultado desejado.” (NIC) uma das ações de enfermagem é definida como:

“Gestão da informação clínica”

Esta designação “gestão da informação clínica” compreende intervenções relacionadas com a avaliação inicial da pessoa, com a situação de saúde/doença, o que a pessoa sabe ou não sabe, o contexto em que ocorre essa avaliação, conhecimento da terapêutica habitual, dos problemas de saúde anteriores, que contribuem para que os enfermeiros possam gerir a informação clínica tendo em vista a promoção do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos, pelo conhecimento que os enfermeiros adquirem da pessoa e assim permitir intervir de forma personalizada.

“...é um antecedente que ela tem, bem como a insuficiência cardíaca é seguida em consulta de cardiologia e também tem antecedentes de bronquite, teve um internamento recente aqui no hospital, mas não no nosso serviço há cerca de um mês...”NM17

“...diz ter análises para mostrar ao médico, peço para aceder às mesmas, passo os olhos por elas e à priori não visualizo nada pertinente a não ser quando noto um valor de HDL abaixo do considerado normal-27 mg/dl...”NUSF4

“...um dos aspetos que me parece pertinente...é necessidade de avaliação do risco cardiovascular...FG1

“...esta questão da avaliação é um dos aspetos que como sabem tentamos trabalhar bastante com os estudantes... é realmente um foco da nossa atenção...FG2

“...A partir daí que se faz o despiste...”E3

“...Saber o historial que pudesse ter levado a ter este problema...”E4

“...Conhecimento sobre o que poderia levar ao problema...”E6

“...Faz parte daquilo que tem que saber para orientar melhor o seu trabalho...”E19

Ao considerarmos a dimensão da gestão da informação clínica como uma ação de enfermagem, emerge então para a operacionalizar um conjunto de intervenções de enfermagem, que podemos integrar: “Qualquer cuidado, baseado no julgamento e no conhecimento clínico, que seja realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados da pessoa” (NIC) Esta classificação não é uma conceção teórica enquanto modelo ou teoria, tendo em conta que foi concebida de acordo com um referencial teórico do nível mais abstrato ao mais concreto Metaparadigma – Indicadores empíricos, (Fawcett, 2005) podemos mobilizá-la no sentido da construção das intervenções que consideramos dar resposta à consecução da ação Gestão da informação clínica no processo de cuidados com a pessoa com doença cardiovascular que passamos a enunciar:

“Falar acerca do diagnóstico médico, o que aconteceu, medicação habitual”

“Conhecer os problemas de saúde anteriores da pessoa”

Elencamos um conjunto de afirmações que permitem encontrar um fio condutor para compreendermos a relevância desta ação e das intervenções de enfermagem no processo de cuidados. Os enfermeiros consideram que a avaliação da pessoa de forma sistemática e de acordo com a situação de saúde/doença permite identificarem e interpretar os dados que a mesma referencia. Quando o enfermeiro avalia a situação está a gerir a informação para poder planear intervenções específicas com a pessoa:

“...uma questão...principal...centrarmo-nos na pessoa e as questões têm que partir muito dela...nós temos que envolver ao máximo a pessoa...nesta questão da avaliação...FGAS

“...ficou por AVC, antecedentes ICC, Obesidade, FAC , HTA, Dislipidémia, Hipocoagulação com varfarina, Diabetes Mellitus...”OM4

“...foi conversando com a senhora e perguntou-lhe como é que tinha acontecido...”OM1

“...a avaliação de enfermagem nesse aspeto é se existe ou não condições para aquela pessoa aderir ao regime terapêutico...”FG6

“...Desconhecia, só quando nos acontece é que sabemos dar o valor...”E2

“...Disponibilidade/atenção/Confiança...” E2

“...Só tendo o conhecimento do quadro clínico anterior...”E5

“...Qualquer enfermeiro para tratar um utente tem saber o que está a tomar, saber do problema e do tratamento...”E6

“...Assim estão mais familiarizados...”E7

Podemos constatar que no processo de interação enfermeiro/pessoa existe sempre a necessidade do enfermeiro conversar e de saber das questões relacionadas com a situação de saúde/doença atual ou anterior da pessoa (Brunton, 2011). Nos relatos que os participantes enfermeiros e os sujeitos de cuidados descrevem conseguimos perceber que a avaliação desenvolvida apresenta uma preocupação em saber como é que a pessoa se sente face à sua situação, de que forma é que o diagnóstico ou a situação que a levou a necessitar de cuidados de saúde foi percebida.

“...deparei-me que não havia cumprimento das regras básicas da alimentação (horários, restrições alimentares), e a medicação habitual também não era efetuada...”NUSF6

“...Após quase uma hora de consulta e conhecida toda a sua história, entendi que muito tinha a “fazer com” este utente...”NUSF7

“...Questionada acerca do seu estado de saúde, a utente/família refere doença cardiovascular...”NUCC1

“...Vocês cuidaram de mim, subiu a minha autoestima...” E3

“...Foi importante quererem saber...”E4

“...Senti que estava acompanhado...”E7

“...Transmite uma certa confiança sobre a minha doença...”E12

“...Lida melhor com o doente sabendo o que ele está a passar...” E18

“...Para saberem o que temos passado...”E19

Esta avaliação como temos vindo a verificar caracteriza-se pela sua dinâmica num processo cujos resultados surgem ciclicamente pela natureza e a forma como as interações ocorrem, ou seja, uma avaliação traduz-se sempre em resultados, neste caso com o objetivo de elaborar diagnósticos e implementar intervenções de enfermagem que promovem na pessoa a autogestão dos diferentes regimes terapêuticos (Brunton, 2011). Por isso quer os enfermeiros, quer as pessoas com doença cardiovascular consideraram esta ação e intervenções de enfermagem importantes, mobilizando dimensões que explicitam as mesmas:

“...A utente que estava internada neste serviço iniciou anti coagulação oral com varfarina. Foi então detetada a necessidade de ensinios acerca dos cuidados a ter devido à toma desta terapêutica...”NM19

“...Uma vez que ele me tinha colocado análises laboratoriais em cima da secretaria, observei-as. Fiquei perplexa com aquelas análises. Tudo estava bastante alterado. Glicemias, hba1c, triglicéridos, colesterol, tudo...”NUSF5

“...Grande descompensação metabólica, falta de cumprimento de medicação e uma completa falta de motivação para gerir eficazmente a sua doença...”NUSF7

“...Estou mais à vontade com a pessoa que já me conhece...”E8

“...Porque são eles que estão a lidar comigo...”E9

“...Para ficarmos a saber o que se passa...”E12

“...Para sabermos o que temos que fazer...o que tomar...” E17

“...Precisam de ter paciência para perceber o que lhe dizem...”E19

Estas preocupações fazem parte do papel do enfermeiro, assim como permitem que haja um conhecimento da situação da pessoa e de que forma será ou não capaz de expressar as suas necessidades.

“...Questionei-o sobre toma de medicação e se a tomava adequadamente conforme a prescrição...”NUSF5

“...acho muito importante acompanhamento desse doente...o doente sentir que há ali alguém preocupado com ele...ajuda muito e notamos a diferença...”FG5

“...uma ferramenta fundamental para nós é a avaliação inicial destes doentes...”FG6

“...é muito importante... nós conseguimos identificar...fazer essa colheita de dados, essa avaliação inicial...conseguimos identificar esse risco...FG8

“...Falaram carinhosamente...”E1

“...A maneira como explicou, foi ao pormenor...”E2

“...Ajudarem-me melhor nesta situação...”E5

“...Se a pessoa que me está a tratar não conhecer os meus antecedentes...”E17

Numa dimensão teórica reportamo-nos aos requisitos de autocuidado, aos fatores condicionantes básicos, comportamentos de autocuidado e também aos domínios que Orem (2001) concetualiza e permite aos enfermeiros nesta avaliação compreenderem de que forma a pessoa desenvolve o seu quotidiano em termos de autocuidado na sua generalidade, mas também mais especificamente na gestão dos diferentes regimes terapêuticos.

Porque nos reportamos para estes conceitos? Ajudam a compreendermos porque os enfermeiros intervêm. Consideramos que estes aspetos apesar de fazerem parte integrante da avaliação inicial da pessoa, já são intervenções de enfermagem, pois o processo de cuidados não contempla apenas a execução das intervenções planeadas, mas sim um processo de interação entre a pessoa e o enfermeiro que possui os conhecimentos específicos para diagnosticar e planear o trabalho, que ele próprio executa e controla no sentido de prestar cuidados personalizados (Amendoeira, 2000).

Os enfermeiros ao perceberem a situação da pessoa face ao processo de saúde/doença, integram desde logo ao nível da conceção o que esta apresenta como requisitos de autocuidado, neste caso os de desenvolvimento e desvio de saúde, uma vez que pretendemos identificar as intervenções promotoras do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos (Orem, 2001). Os fatores condicionantes básicos que estão presentes e que a influenciam nos comportamentos de autocuidado são de extrema importância para a interpretação da situação. Os domínios que ajudam a interpretar a que nível estes fatores poderão estar afetos, desde o cognitivo, ao físico, comportamental e emocional/psicossocial serão cruciais no desenvolvimento do processo de cuidados (Amendoeira, 2000; Orem, 2001).

Os enfermeiros na avaliação gerem a informação clínica de acordo com a situação e tendo em conta a pessoa, a família e o contexto em que esta ocorre. Os momentos de interação enfermeiro/pessoa ocorrem em diferentes contextos da prática clínica, desde um serviço de internamento de medicina, de

cardiologia, como numa consulta de enfermagem numa unidade de saúde familiar, ou em contexto de visita domiciliária.

“...deu entrada por um Edema Agudo do Pulmão em contexto hipertensivo e foi-lhe, à posteriori, diagnosticado um Enfarte Agudo do Miocárdio...”NC14

“...Encaminhei a senhora até ao gabinete, pedi-lhe que se sentasse e enquanto dedilhava o teclado do computador, procurando focalizar elementos que me orientassem com os registos de acordo com o contexto da consulta...”NUSF4

“...uma utente que veio referenciada...após ter sofrido Acidente vascular Cerebral isquémico...”NUCC3

“...e aqui logo desde o início a comunicação que nós estabelecemos com o doente e família é muito importante...porque estes doentes estão normalmente...numa fase aguda...as preocupações são outras, quer do doente, quer da família...”FG6

“...Fazem muitas questões que são importantes para o despiste, é uma mais-valia...”E6

“...Porque eles estão lá é para saberem os nossos problemas...”E11

“...Eu estava ali para ficar com boa saúde...”E13

Percebemos que a situação em que a pessoa se apresenta influencia a forma como o enfermeiro desenvolve a sua avaliação. Porque consideramos importante referir estes aspetos? Compreendemos que no processo de cuidados as intervenções de enfermagem emergem de acordo com o contexto em que este se inicia, ou seja, a avaliação que é desenvolvida em contexto de internamento é diferente da que se realiza em contexto de uma unidade de saúde familiar ou mesmo numa visita domiciliária. Porque a pessoa no serviço de internamento encontra-se numa fase vulnerável da sua vida, cujas informações em relação aos cuidados inerentes à situação são transmitidas e partilhadas por vários profissionais de saúde inclusive os enfermeiros tendo em vista a promoção para o autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos. Em casa as intervenções de enfermagem são valorizadas pela pessoa numa perspetiva dos resultados que a mesma refere ter no dia-a-dia na autogestão dos diferentes regimes terapêuticos (Bruntoun, 2011).

“...Era uma doente com antecedentes de hipertensão que ficou internada por um tromboembolismo pulmonar...”NM20

“...um doente que apresentava uma trombose venosa profunda no membro inferior direito...”NM24

“...estava internada no serviço num contexto de acidente vascular cerebral, fez alguns exames, tinha...umas obstruções carotídeas...”NM25

“...um utente com Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial...está medicado há vários anos com diuréticos e anti hipertensores...”NUCC2

“...Tem muita influência no tratamento e na sua continuidade...”E16

“...Para ver se estamos a seguir como eles dizem...”E18

“...Perguntavam porque estava internado, se já tinha estado internado...”E18

“...Tudo é bem-vindo, qualquer conversa sobre esse assunto...”E19

Ocorreram algumas conversas informais com os enfermeiros cujos conteúdos vêm ao encontro desta dimensão da gestão da informação clínica.

“...essencialmente porque a prioridade das intervenções centra-se no motivo de internamento...”CI1

“...os cuidados são essencialmente centrados nos problemas de saúde que as pessoas apresentam no momento do internamento...”CI1

“...a relevância dos cuidados centram-se mais na razão do internamento e na avaliação e na satisfação das necessidades face às atividades de vida que se apresentam comprometidas...”CI2

Consideramos importante relevar estes relatos das conversas informais que tivemos com os enfermeiros no sentido de reforçar que os contextos, assim como a situação de saúde da pessoa influencia a forma como os enfermeiros gerem esta informação clínica.

Constitui-se essencial na perspetiva da investigação pela centralidade da pessoa no processo, isto é, a importância desta avaliação no que diz respeito à continuidade no processo de cuidados, valorizado pela pessoa que a identifica como uma ação de enfermagem relevante para a promoção da sua autogestão dos diferentes regimes terapêuticos.

Integramos nesta dimensão a forma como o enfermeiro se posiciona na sua conceção mais abstrata do cuidado, o metaparadigma: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem, e que se repercute na gestão da informação clínica no momento da avaliação da pessoa (Orem, 2001; Fawcett, 2005).

Como temos vindo a constatar esta ação integra um pensamento complexo por parte dos enfermeiros das várias áreas, que emerge como relevante para que ocorram intervenções de enfermagem planeadas e adequadas para a singularidade de cada pessoa no âmbito da temática em estudo.

“...porque é assim ao avaliarmos, ao termos um doente perante nós, temos que avaliar os fatores sociais, o enquadramento e a forma...o enquadramento em que o doente se encontra...”FG5

“...há várias situações em que há pessoas que não têm nenhum conhecimento sobre a doença, é o primeiro episódio, não faziam ideia que os fatores de risco são fundamentais...mas esta avaliação inicial é fundamental...”FG6

“...esta primeira fase de avaliação é fundamental e nós valorizamos muito no serviço e também se relaciona muito com acolhimento que fazemos do doente e família, está tudo relacionado e isso é muito importante...”FG6

“...essa continuidade também passa pela articulação com a comunidade...ao haver esta articulação...e sabendo nós que aquele doente tem estes riscos...é necessário se calhar incidir mais sobre isto...a tal continuidade de cuidados...”FG9

“...Estamos a falar de avaliação...tem que ser um processo...”FG2

“...Para saber que este doente tem que ser tratado assim, o outro tem que ser tratado de outra forma...”E10

“...Para uma atuação personalizada...”E13

“...Para saber o que se passa com o doente...”E17

Verificamos que quer os enfermeiros quer as pessoas com doença cardiovascular relevam a avaliação e as dimensões relacionadas com a gestão da informação clínica com extrema importância no processo de cuidados (Thompson et al, 2011; Silva 2012). Por outro lado, emerge também a centralidade dos cuidados na pessoa enquanto agente de autocuidado e com comportamentos de autocuidado como condição prioritária da avaliação.

“...a importância de colocarmos a pessoa no centro dos nossos cuidados...então a avaliação inicial e todo o processo de enfermagem, vai ter que ser muito valorizado e a importância de percebermos aquela pessoa na sua singularidade é que nos vai permitir planejar exatamente os cuidados adequados aquela pessoa...”FG11

“...avaliação do risco...importante...melhor estaremos preparados e melhor nos podemos antecipar quando nós temos um contato muito próximo com o doente... o risco cardiovascular... para mim é uma intervenção neste processo de avaliação do risco...”FG1

“...isto da entrevista...da avaliação inicial... é extremamente importante...nós temos que tentar modificar um bocadinho na questão da comunicação...”FG7

“...utilizar questões abertas do tipo: como é que o podemos ajudar? O que é que espera da equipa? Ou o que é que o preocupa?...deveríamos terminar sempre a nossa avaliação com uma pergunta deste tipo...”FG10

“...A partir daí vem todo um ciclo...temos ali um amigo...uma dúvida que se tem está sempre ali...”E15

“...Para o enfermeiro poder atuar...”E18

Esta relevância surge também relacionada com o conhecimento em enfermagem e de que forma deve ser mobilizado nas intervenções realizadas com as pessoas com doença cardiovascular que referem:

“...Saber o historial que pudesse ter levado a...este problema...”E4

“...Conhecimento sobre o que poderia levar ao problema...”E5

“...Nós em especial...as medicações temos que cumprir o que a enfermeira vai dizendo, não vale a pena estar a não fazer o que dizem, porque é bom para nós...”E11

“...O enfermeiro tem que saber com que linhas é que se coze...”E11

“...Para poder tratar o melhor que sabe ou que pode...” E15

“...Aplicar os conhecimentos...”E16

Quando os enfermeiros centram o cuidado na pessoa e naquilo que ela apresenta, todo o processo de avaliação relevará as suas necessidades. Foram assim relevadas nesta dimensão a necessidade de avaliar de forma sistematizada, usando instrumentos específicos que possam criar indicadores para a enfermagem, centrar essa avaliação nas pessoas, compreender as suas necessidades reais e personalizar essa avaliação de acordo com a pessoa, família e contexto.

“...tinha colesterol alto, hipertensão, algumas patologias desconhecia, outras tinha conhecimento, mas desvalorizava completamente...”NM25

“...admitir uma pessoa que vinha do domicílio para ser submetido a implantação de um pacemaker definitivo...”NC10

“...Sim, precisava se não se importar de algumas informações...”NUSF5

“...Observei-o por momentos e comecei a aborda-lo sobre o motivo da consulta, a sua Diabetes e situação clínica...”NUSF5

“...tentar envolver, não só o doente mas também a família...é muito importante, e a família precisa de saber que estão com uma pessoa que está doente...para além do doente, ouvir sempre a família...”FG5

“...a questão tem que ser sempre colocada...estamos a falar de adesão ao regime terapêutico...quando estamos a falar de processo de cuidados com a pessoa...colocamo-nos numa perspetiva de que a pessoa aceita aquilo que nós lhe queremos dizer...a outra questão é conseguirmos levar a pessoa a dizer...não só aceito, eu quero...”FG2

Integramos o método científico de enfermagem, nesta sistematização em que a avaliação inicial é uma das etapas do processo de enfermagem, que integra o diagnóstico, ou seja, precede a sua elaboração e, por conseguinte, a prescrição de intervenções de enfermagem (Orem, 2001).

Evidenciada a importância da preocupação quando se procede a uma avaliação no sentido de compreendermos quem estamos a avaliar e porquê. No entanto, compreender estas dimensões implica que o enfermeiro se constitua como um profissional de saúde de referência nos cuidados de saúde, ou seja, demonstrarmos que cuidados se traduzem em resultados. Porquê esta abordagem numa ação de enfermagem como a gestão da informação clínica? A avaliação que se faz com a pessoa permite desde logo a construção de uma relação de confiança, (Balsa, 2006) em que ambos demonstram na partilha da informação o que pretendem a partir daquele momento, sendo que o interesse e a preocupação são desde logo demonstrados e percecionados pelas pessoas

com doença cardiovascular em relação à gestão da informação clínica enquanto ação de enfermagem:

“...Porque a enfermeira sabe...o nosso tema é sempre por aí...”E9

“...É essencial estar a par de tudo o que se passou...”E12

“...A informação deve ser verdadeira...”E14

“...Aliás tem muito a ver a pessoa que conta o que se passou antes...”E15

“...Muito importante uma explicação adequada...”E16

“...É uma maneira de ver que eles estão interessados...”E17

“...Interesse pela saúde da pessoa...”E19

Uma articulação muito estreita com a forma de comunicar e questionar também surge nesta dimensão como importante por parte dos participantes, uma vez que influencia desde logo a avaliação da pessoa e a forma como esta se posiciona, assim como o enfermeiro (Balsa, 2006).

Também é através desta dimensão que os enfermeiros compreendem a capacidade da pessoa como agente de autocuidado, que comportamentos demonstra, que ações de autocuidado revela na partilha da informação.

“...no contexto de internamento a passagem de turno torna-se num momento crucial para o conhecimento e gestão da informação clínica de cada pessoa...”OM5; OM10; OC14

“...Perguntou se já tinha cuidado da sua higiene, ou se necessitava de ajuda para alguma coisa...”OC14

“...Mesmo quando não conseguimos cumprir tudo à regra...”E6

“...Orientaram-me na medicação...”E7

“...Ajudou-me a gerir melhor no meu dia-a-dia...”E9

“...Tentaram meter-me num caminho mais ou menos justo...”E9

“...Faço tal e qual como o enfermeiro me tem dito...me orienta...sinto-me bem assim...”E15

“...Para a nossa saúde...ter informações...”E17

“...É uma ajuda boa, não estamos em condições de saber tudo...”E18

Os enfermeiros centram-se muito naquilo que são as conceções de saúde das pessoas e o que elas lhes transmitem como forma de poderem iniciar uma avaliação da situação. Também numa forma de reforçar estes aspetos, um “memo” que surge nos momentos de interação entre os dois intervenientes no processo e que nesta dimensão foi uma constante como passamos a enumerar:

“...o enfermeiro antes de iniciar a interação com a pessoa consultava sempre o processo quer ao nível do contexto de internamento, quer em contexto de consulta de enfermagem ou visitação domiciliária...”

Consideramos que desenvolvem uma avaliação inicial que é dinâmica, mas dentro desta avaliação fazem uma gestão da informação para tomar decisões (Orem, 2001; Silva, 2012).

Podemos constatar que a ação de enfermagem gestão da informação clínica partilhada com a pessoa traduz-se em resultados centrados na criação de uma base de dados que irá sustentar o diagnóstico de enfermagem tendo como premissa a mobilização das teorias que integram o Modelo de Orem (2001), Teoria do Autocuidado, Deficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas, principalmente ao nível do sistema de apoio e educação pelas características dos sujeitos de cuidados participantes no estudo, assim como de acordo com os comportamentos e ações de autocuidado que os mesmos têm ou não capacidade de realizar (Orem, 2001).

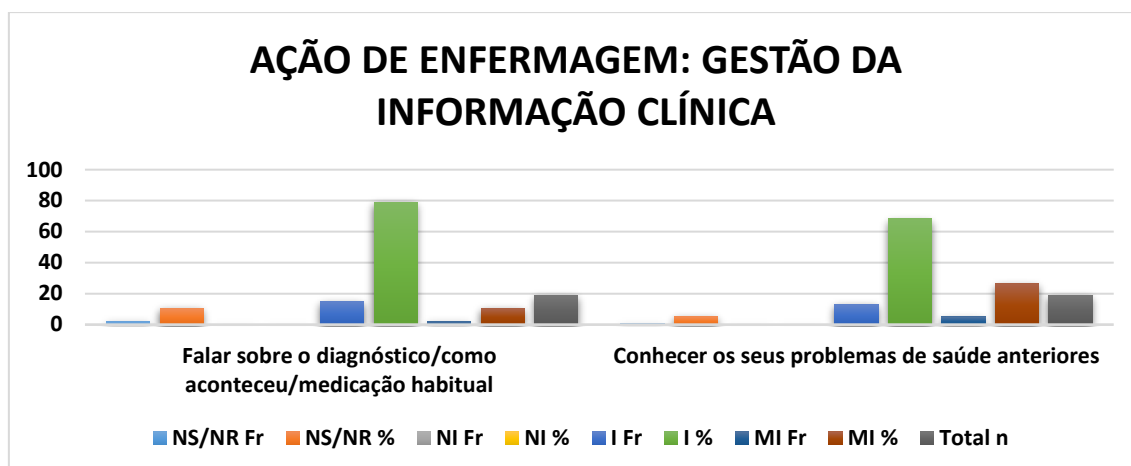
Tabela nº 1 – Ação de enfermagem: Gestão da informação clínica

Opções	NS/NR		NI		I		MI		M	DP	Total n
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%			
Falar sobre o diagnóstico/como aconteceu/medicação habitual	2	10,5	-	-	15	78,9	2	10,5	1,89	0,737	19
Conhecer os seus problemas de saúde anteriores	1	5,3	-	-	13	68,4	5	26,3	2,16	0,688	19

Legenda: NS/NR: Não sabe/Não responde; NI: Nada importante; I: Importante; MI: Muito importante; Fr: Frequência; %: Percentagem; M: Média; DP: Desvio padrão;

Constatamos que 78,9% das pessoas identificam e valorizam o fato do enfermeiro falar sobre o diagnóstico, como ocorreu e a medicação habitual como uma intervenção de enfermagem. Consideram importante essencialmente para que haja uma gestão adequada da mesma informação no âmbito da avaliação. Em relação ao conhecimento dos problemas de saúde anteriores por parte do enfermeiro consideraram na sua maior parte importantes e muito importantes, mais especificamente 68,4% e 26,3%, o que permite afirmar que o fato das pessoas com doença cardiovascular valorizarem estas intervenções, considerando-as como uma forma dos enfermeiros poderem conhecê-las melhor, mostrarem interesse, o que faz com que possam intervir de forma personalizada e de acordo com as suas necessidades (Williams et al, 2008; Brunton, 2011; Shih et al, 2005; Lee et al, 2009; Ben-arye et al, 2007; Ownby et al, 2006).

Gráfico nº 3 - Ação de enfermagem: Gestão da informação clínica



Como temos vindo a demonstrar a centralidade da pessoa no processo de cuidados é crucial para a promoção do autocuidado, neste caso específico gestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular.

Como podemos explicar esta razão? Porque os enfermeiros no âmbito da gestão da informação clínica referem que esta avaliação permite iniciar o processo de cuidados que apesar de centrado na doença, despoleta todo um conjunto de questões cuja centralidade passa a ser a pessoa e as suas necessidades. A avaliação quer dos comportamentos e das ações de autocuidado quer das capacidades da pessoa enquanto agente de autocuidado, assim como de que forma os requisitos de autocuidado de desenvolvimento e desvio de saúde se apresentam nos momentos da doença ou da sua agudização, integram estas dimensões que os enfermeiros referem quando fazem a avaliação da pessoa Orem (2001).

“...o que tinha acontecido para estar internada?...” OM1

“...se havia alguma história de alergias ou outros episódios dignos de registo...” OC18

“...onde é que está comprometido...em termos de gestão do regime terapêutico e adesão...a avaliação sem registos não há avaliação...” FG8

“...na avaliação das pessoas...a perceção que têm da doença ou dos hábitos...que aspetos, que fatores sociais podem estar ou não ali a intervir...” FG2

“...Penso que poderá haver problemas de saúde que possam ter relação com o atual...” E3

“...Elas conhecem-me...procuram dar-me as indicações mais corretas...” E7

“...Transmite segurança e confiança...” E13

“...Se ele conhece é mais rápido a tratar...” E16

“...Saber algumas questões sobre as minhas coisas anteriores...”E5

Percebemos que o fato de o enfermeiro centrar-se inicialmente no diagnóstico médico, na forma como aconteceu e na medicação habitual é valorizado pela pessoa a três níveis nesta dimensão da gestão da informação clínica por parte do enfermeiro: autoconsciência/conhecimento próprio, conhecimento do enfermeiro e sentir interesse/confiança. Podemos integrar nestas questões o conceito de “*self*” e dos requisitos de autocuidado de desenvolvimento, pela consciência que afirmam e que se repercute naquilo que é a capacidade de aceitar a sua situação de saúde doença, o processo de adaptação (Orem, 2001; Meleis, 1991).

Numa perspetiva da valorização da ação de enfermagem: gestão da informação clínica no processo de cuidados, a pessoa valoriza questões de extrema importância na análise que faz à mesma. A relevância dada ao enfermeiro conhecer melhor a sua situação está descrita de forma clara na identificação e caracterização desta ação como significativa para várias dimensões no processo de cuidados, para poderem intervir com conhecimento, transmitir segurança, confiança, demonstrarem interesse e personalizarem os cuidados. Atribuem também um sentido de responsabilidade dos enfermeiros em relação aos outros profissionais de saúde (médicos essencialmente) tendo em vista o conhecimento da situação e a sua partilha com o médico (Amendoeira, 2000; Orem, 2001; Silva, 2010, 2012).

“...Ajudou-me na forma como me explicou...”E1

“...Interessar-se por nós...”E9

“...Senti-me sempre bem tratado...mais ou menos acompanho com a médica...”E14

“...A enfermeira foi muito boa, amigos, apoio, muita força...”E2

“...Queremos ter saúde, temos que guardar as ideias...”E14

“...Está a lidar connosco...é a única pessoa que podemos contar...”E15

“...O enfermeiro é que é a nossa salvaguarda...”E15

“...Informação para o médico...”E18

Passamos agora a analisar e discutir integrada no mesmo tema outra ação de enfermagem, **a normatividade dos cuidados**. Porque a designamos desta forma e integramos no mesmo tema? Mobilizamos em termos de enquadramento legal das funções do enfermeiro, o conceito de intervenções autónomas e interdependentes (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Na perspetiva dos enfermeiros participantes, muitas das intervenções explícitas e relatadas

emergem das suas funções interdependentes como forma de cuidado, mas também numa perspetiva de complementaridade às suas funções autónomas. Considerando a conceção enquanto disciplina de enfermagem, as dimensões da avaliação da pessoa, centradas nas necessidades integra a forma como o enfermeiro mobiliza o conhecimento aquando do processo de cuidados onde a sistematização da informação emerge de acordo com o seu referencial teórico. Consideramos que o olhar do enfermeiro apesar de mobilizar em primeiro lugar os aspetos centrados no diagnóstico e na situação de saúde da pessoa, integra as intervenções de enfermagem nesta dimensão normativa dos cuidados. Ocorre como uma complementaridade face à avaliação numa relação próxima com a necessidade de obter informações mais objetivas, mas que dão suporte para elencar um conjunto de questões à posteriori mais centradas nas capacidades e conhecimentos da pessoa, cujo resultado traduz-se numa base de dados que a enforma como ação de enfermagem (Brunton, 2011; Silva 2012).

Assim, tomamos a decisão de sistematizar a discussão desta forma, tendo em conta o que referimos anteriormente e que se revelou significativo em todo o processo. Daí assumirmos esta relação entre a gestão da informação clínica e a normatividade dos cuidados.

“...Depois eu fui ver ao computador, e no computador realmente estava lá a dizer que em termos de prescrição que a medicação que a senhora referia, estava prescrita pelo médico às 7h e às 19h...”NM22

“...nós fomos falando foi num contexto muito informal, sempre que a abordávamos para ver a tensão, a preocupação dela era saber se a tensão estava bem ou não...”NM25

“...Avaliei, sob algum silêncio alguns parâmetros, verificando, obesidade moderada e TA com valores elevados, considerados- risco elevado...”NUSF5

“...porque nós...temos na DGS uma norma que é mobilizada pelos enfermeiros sobre situações cardiovasculares...cérebro-cardiovasculares...”FG1

“...ia proceder à avaliação dos sinais vitais, pois está prescrito uma vez por turno...”OM9

“...Sentiu-se mais à vontade...para questionar, mais envolvido...”E2

“...Acho que é tudo muito importante, porque é através destes dados que se irá repercutir na evolução...”E3

Como constatamos em termos de resultados, existem algumas intervenções que são interdependentes, uma vez que derivam de prescrições de outros profissionais de saúde, cuja avaliação que delas decorre emergem intervenções autónomas de enfermagem, no âmbito da promoção da saúde da pessoa. Também sendo o processo de cuidados dinâmico, esta avaliação parametrizada

por parte do enfermeiro traduz-se em dados que lhe permitem diagnosticar e prescrever intervenções de enfermagem.

“...As suas visitas continuam a ser regulares e mensais para controlo do INR e de 3 em 3 meses, para consulta de diabetes. Sempre que vem traz a sua máquina de auto monitorização glicémica...”NUSF6

“...sendo facilitador a “check-list” existente no processo clínico e onde se verificavam a áreas onde havia ainda pouca competência e era necessário intervir...”NC10

“...é avaliado a tensão...vê se os medicamentos...se está tudo bem...FG6

“...Após validação da prescrição, preparou a terapêutica da pessoa...” OM1

“...Está a interessar-se no nosso estado de saúde...”E19

“...Perspicácia, ajuda o enfermeiro no cuidado que deve ter...”E16

Compreendemos que o enfermeiro em interação com a pessoa tem intervenções que dão resposta à ação de enfermagem que são específicas da avaliação anteriormente referida, mas também de forma transversal ao processo de cuidados para dar resposta a intervenções no âmbito do planeamento, execução ou até avaliação de resultados. Porque o processo de enfermagem é dinâmico e cíclico compreendemos que estas intervenções específicas integrem o processo de cuidados de forma transversal (Meleis, 1991; Amendoeira, 2000; Orem, 2001).

Estamos a falar de intervenções de enfermagem que se constituem de extrema importância para dar resposta à ação **normatividade dos cuidados**, que de acordo com a análise dos dados, enunciamos da seguinte forma:

“Validar os dados pessoais e de saúde”

“Confirmar a medicação que administra”

“Administrar a medicação”

“Explicar a medicação que administra”

“Avaliar os sinais vitais e outros parâmetros”

“Explicar os procedimentos decorrentes desta avaliação”

Todas as intervenções permitem a avaliação da pessoa, mas também integram um conjunto de princípios fundamentais da enfermagem no sentido da segurança e da responsabilidade na ação e na razão para a ação face à pessoa que dão suporte ao enfermeiro para gerir a informação e poder decidir em termos de planeamento das intervenções de enfermagem personalizadas tendo em conta a singularidade de cada pessoa.

A confrontação e a compreensão dos resultados através da validação com as pessoas, traduz-se no nível de importância das intervenções que apresentamos na tabela seguinte, como contributo na compreensão do fenómeno em estudo, ou seja, são estes resultados que demonstram a razão do cuidado de enfermagem.

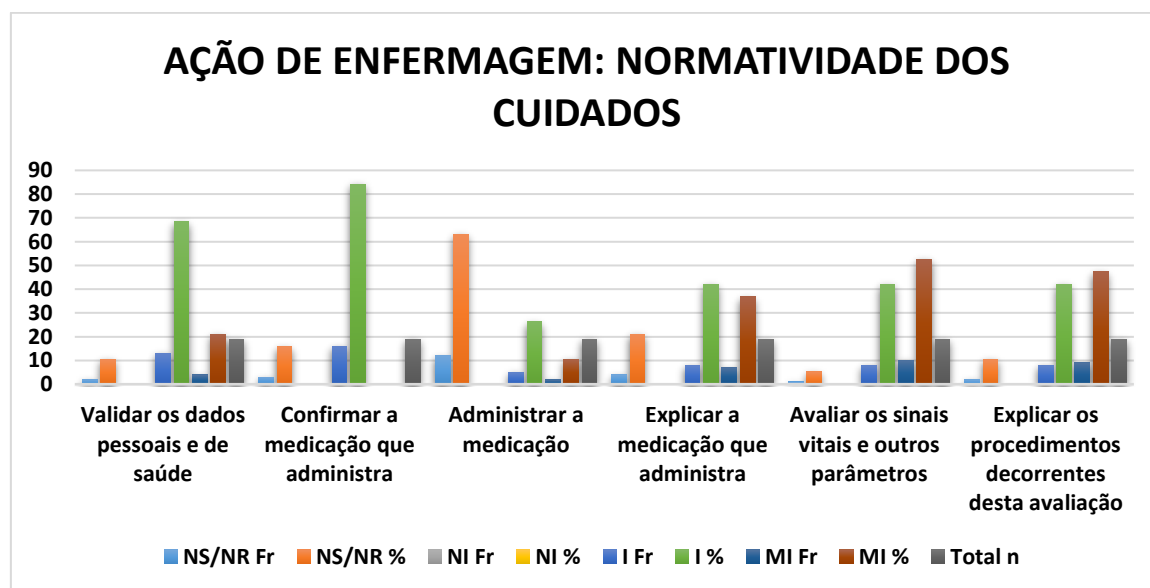
Tabela nº 2 – Ação de enfermagem: Normatividade dos cuidados

Opções Intervenções	NS/NR		NI		I		MI		M	DP	Total n
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%			
<i>Validar os dados pessoais e de saúde</i>	2	10,5	-	-	13	68,4	4	21,1	2,00	0,816	19
<i>Confirmar a medicação que administra</i>	3	15,8	-	-	16	84,2	-	-	1,68	0,749	19
<i>Administrar a medicação</i>	12	63,2	-	-	5	26,3	2	10,5	0,84	1,167	19
<i>Explicar a medicação que administra</i>	4	21,1	-	-	8	42,1	7	36,8	1,95	1,129	19
<i>Avaliar os sinais vitais e outros parâmetros</i>	1	5,3	-	-	8	42,1	10	52,6	2,42	0,769	19
<i>Explicar os procedimentos decorrentes desta avaliação</i>	2	10,5	-	-	8	42,1	9	47,4	2,26	0,933	19

Legenda: NS/NR: Não sabe/Não responde; NI: Nada importante; I: Importante; MI: Muito importante; Fr: Frequência; %: Percentagem; M: Média; DP: Desvio padrão;

No sentido de visualizar os dados apresentados na tabela anterior de forma a relevar os mesmos, elaboramos o gráfico seguinte:

Gráfico nº 4 - Ação de enfermagem: Normatividade dos cuidados



Constatamos que de todas as intervenções de enfermagem que enformam a ação de enfermagem normatividade dos cuidados, as pessoas consideram ao

nível do importante e muito importante, as intervenções centradas na validação e confirmação e também na avaliação e explicação do cuidado. Quanto à intervenção “administrar medicação” surge aqui com uma percentagem muito acentuada de respostas NS/NR, uma vez que a experiência vivenciada pelas pessoas em relação a esta intervenção surge como uma competência específica do enfermeiro, não sendo assim relevada. No entanto, todas as pessoas as valorizam em complementaridade com a ação anterior, ou seja, gestão da informação clínica (Blanski, Lenardt, 2005; Ownby et al, 2006; Kutzleb, Reiner, 2006; Ben-Arye et al, 2007; Risser, Jacobson, Kripalani, 2007; Hughes, 2008; Washburn, 2008; Walker, 2008; Williams, Manias, DeSimone, Crowe, 2009; Sutherland e Hayter, 2009; Negreiros et al, 2010; Chan et al, 2012; Silva, 2012, 2014).

Em relação à intervenção **“Validar os dados”** assume especial relevância na dimensão da avaliação da pessoa, uma vez que o enfermeiro colhe dados cujo estatuto poder-se-á designar de dados biográficos e de saúde, que incluem o nome, sexo, idade, local de residência, pessoa significativa (Meleis, 1991; Orem, 2001; Brunton, 2011; Silva, 2012). O contributo da ação normatividade dos cuidados emerge quando o enfermeiro tem este cuidado de validar dados referentes à identificação e saúde da pessoa. Em relação aos enfermeiros e aos sujeitos de cuidados, podemos constatar esta afirmação quando referem:

“...cumprimentou as pessoas do quarto e dirigiu-se à pessoa validando o seu nome e o número da cama com o objetivo de administrar os medicamentos...”OC4

“...avaliou os sinais vitais e ao mesmo tempo perguntou, como gostava de ser tratada, a idade, a residência, o motivo do internamento, problemas de saúde...”OC18

“...Perguntou se era casada, se vivia sozinha, se trabalhava e em quê, se já tinha estado internada e porquê...”OC18

“...se já tinha comido, se existia algum alimento que não gostava...”OC18

“...Ajudou na relação, eu não os conhecia, foi muito importante, estiveram sempre ao meu lado...”E1

“...Saber os contatos e outros dados...”E4

“...Se o enfermeiro visse uma situação que precisasse de apoio de familiares, do médico...”E10

Compreendemos a importância destas intervenções no âmbito da validação tendo como princípio a segurança da pessoa. Portanto sempre que o enfermeiro presta qualquer tipo de cuidado procede a esta validação, mesmo que não lhe dê essa designação. Por isso designarmos esta normatividade dos cuidados

como ação, pelo fato de haver intervenções de enfermagem que são realizadas quase que de forma espontânea, mas que são de fato importantes para que na razão daquele cuidado exista segurança e responsabilidade na ação por parte dos enfermeiros. Estas dimensões também são valorizadas pelos pares e pelas pessoas. Quando falamos desta validação centramo-nos nos resultados que surgem essencialmente no âmbito da administração da medicação e de todos os procedimentos relacionados com a mesma, ou seja, as intervenções ***“Confirmar a medicação que administra”, “Administrar a medicação”, “Explicar a medicação que administra”, “Avaliar os sinais vitais e outros parâmetros”, “Explicar os procedimentos decorrentes desta avaliação”*** que integram princípios básicos do cuidado em enfermagem, portanto considerarmos como intervenções que sustentam a ação de enfermagem normatividade dos cuidados e que por sua vez enformam o tema que designamos de razão do cuidado de enfermagem.

“...A enfermeira solicitou se poderia administrar-lhe a injeção?...”OM7

“...voltei a explicar à filha que essa medicação ela já tinha tomado, só que era noutro horário...”NM22

“...validou qual a terapêutica que tinha feito de manhã...”OC15

“...administrou a medicação e explicou os medicamentos que ia tomar e como os devia tomar...”OC19

“...É importante sinto-me mais seguro...”E21

“...Estão a sempre a par do que vai sendo necessário...”E21

Como podemos verificar todas estas intervenções não sendo propriamente intervenções que se traduzem em resultados objetivos dos cuidados de enfermagem, no entanto convergem para que estes possam ser mensuráveis e ocorrerem de acordo com a essência da enfermagem. Neste caso, os enfermeiros mobilizam a normatividade do cuidado de forma integrativa tendo em conta o conhecimento da pessoa e a segurança dos cuidados. A complementaridade destas intervenções com outras que ocorrem no processo de cuidados enformam uma base de dados que permite ao enfermeiro planear cuidados de acordo com a singularidade de cada pessoa (Meleis, 1991; Orem, 2001).

“...A enfermeira solicitou a mão onde tinha o acesso venoso, para poder colocar o medicamento diluído e ficar em perfusão...”OC3

“...informou que estava ali para lhe fazer o penso e também para avaliar a tensão arterial...”OC5

“...solicitou à pessoa para se colocar na balança e avaliar o peso, e encaminhou para o gabinete...”OUSF1

“...Quer dizer que a pessoa me está a tratar...”E10

“...Já tem uma certa ideia do que pode fazer e me ajudar...”E12

“...É importante a pessoa saber o que se passa consigo...”E15

“...Para eles analisarem e verem a evolução do doente...”E20

Todas as intervenções relevadas nesta dimensão constituem-se como de extrema importância para a avaliação dos comportamentos de autocuidado levados a cabo pela pessoa com doença cardiovascular, assim como ao longo destas validações o enfermeiro vai construindo uma base de dados que lhe permite conhecer a pessoa e pela objetividade dos mesmos pode também identificar de que forma os mobiliza e identifica como importantes para a sua saúde e bem-estar. Integramos os conceitos de requisitos de autocuidado, essencialmente de desenvolvimento e de desvio de saúde, associando as ações de autocuidado que desenvolve no sentido da sua autonomia e independência na forma como lida com a situação e saúde doença (Orem, 2001). Também no sentido dos enfermeiros gerirem com a pessoa a informação clínica partilhada cujo objetivo será planear as intervenções de enfermagem que integram as dimensões da teoria dos sistemas de Orem (2001), essencialmente a nível do sistema de apoio e educação, tendo por base o fenómeno em estudo, capacitação da pessoa com doença cardiovascular para a gestão dos diferentes regimes terapêuticos.

Em todo o processo de cuidados estas ações de enfermagem: **Gestão da informação clínica e Normatividade dos cuidados** são valorizadas pelas pessoas no âmbito da preocupação e interesse, na relação e na forma como se sentem no diálogo que estabelecem com o enfermeiro, no conhecimento da sua situação particular, na forma como são cuidadas, o sentimento de segurança, associam esta segurança ao fato do enfermeiro as conhecer e assim cuidarem de forma mais segura também.

Após a apreciação e análise das dimensões anteriores, compreendemos que a avaliação que o enfermeiro desenvolve com a pessoa centrada na gestão da informação clínica da pessoa e do que a mesma valoriza e conhece, assim como da dimensão normativa dos cuidados permitem o conhecimento da pessoa por parte do enfermeiro no que diz respeito a aspetos essenciais da sua vida, integrando conceitos como “*self*”, agente de autocuidado, ações de autocuidado, requisitos de autocuidado, comportamentos de autocuidado. Estes aspetos da

vida da pessoa tendo em conta as intervenções que referenciamos legitimam a razão do cuidado de enfermagem (Amendoeira, 2000; Orem, 2001; Silva, 2012; Petronilho, 2012).

No entanto apesar destas intervenções serem integrativas face ao tema **Razão do cuidado de enfermagem**, outras dimensões surgem como essenciais para enformar este tema. Não podemos ter a perspetiva de que pelo fato do enfermeiro conhecer determinadas dimensões da vida das pessoas pode planejar cuidados de enfermagem personalizados. Onde queremos chegar com esta afirmação? Constatamos que no processo de cuidados as dimensões anteriores são de extrema importância para poder ocorrer uma sistematização da informação que permite ao enfermeiro elencar um conjunto de questões, onde a centralidade da pessoa emerge como fundamental para que realmente ocorram cuidados personalizados (Amendoeira, 2006; Paiva e Silva, 2007)).

Estamos, pois, a falar da importância da centralidade da pessoa no processo de cuidados. Consideramos que os enfermeiros ao prestarem cuidados à pessoa com doença cardiovascular, apesar de iniciarem todo o processo centrados na gestão da informação clínica e numa dimensão normativa dos cuidados, é através desta sequência que estruturam um conjunto de aspetos centrados nas necessidades da pessoa no sentido de intervirem de acordo com as mesmas. Podemos centrar-nos na razão do cuidado de enfermagem, uma vez que é através da avaliação e validação das necessidades referidas pela pessoa que o enfermeiro pode prestar cuidados personalizados (Leite e Vasconcelos, 2003; Sousa, 2003; Henriques, 2006; Machado, 2009; Catela, 2010; Bastos, 2012; Silva, 2010, 2012, 2014).

Assumirmos perante a pessoa uma avaliação das suas necessidades, é então de acordo com o estudo, uma das dimensões que relevamos e que designamos por **avaliação das necessidades de autocuidado**. Consideramo-la como uma ação de enfermagem, que no processo de cuidados a maior parte dos enfermeiros mobiliza pela essência da sua natureza, cuja relação com a pessoa faz com o enfermeiro se sinta sempre o profissional que tem como foco satisfazer as necessidades da pessoa. Com esta afirmação não pretendemos ser entendidos como enfermeiros que têm uma visão redutora do cuidado de enfermagem. Quando falamos desta dimensão da satisfação das necessidades de acordo com o referencial teórico que mobilizamos todas estas necessidades são avaliadas numa dimensão de equilíbrio, ou seja, temos que considerar as necessidades

terapêuticas de autocuidado de acordo com aquilo que a pessoa apresenta enquanto agente de autocuidado, ações e comportamentos de autocuidado, assim como da consciência que tem dessas mesmas necessidades. A pessoa que apresenta um desequilíbrio nesta relação entre as capacidades para as ações de autocuidado e as necessidades terapêuticas de autocuidado, onde as necessidades excedem as ações, então estamos perante uma pessoa que necessita de cuidados de enfermagem (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

A avaliação das necessidades da pessoa surge como uma ação de enfermagem, que integra intervenções que passamos a descrever:

Conhecer os hábitos de vida;

Conhecer o contexto em que vive;

Identificar as suas necessidades;

Estar atento às necessidades;

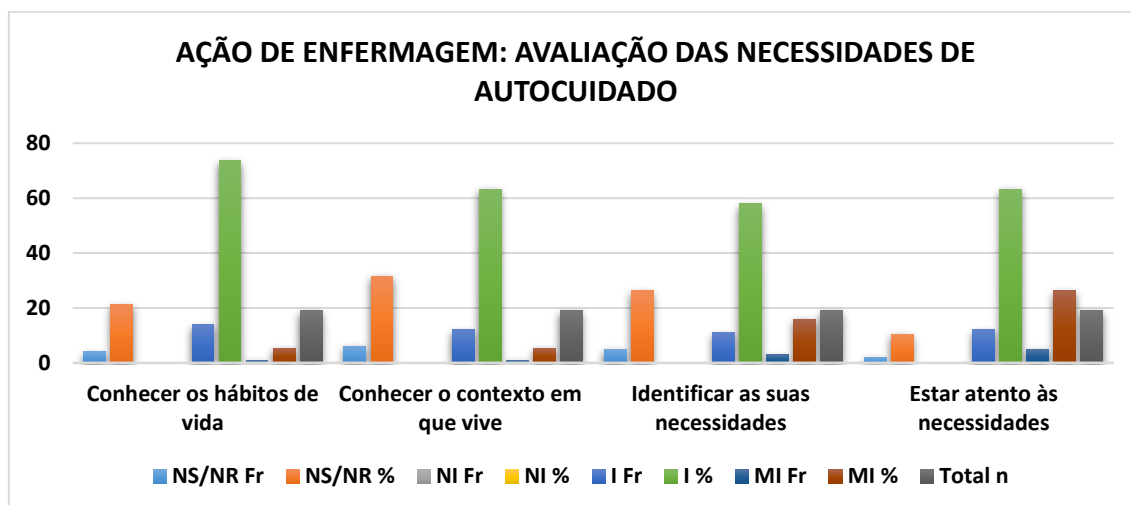
A importância destas intervenções no âmbito da ação de enfermagem **Avaliação das necessidades de autocuidado** releva-se na tabela seguinte com os resultados alcançados em relação à valorização que a mesma lhes atribui.

Tabela nº 3 – Ação de enfermagem: Avaliação das necessidades de autocuidado

Opções	NS/NR		NI		I		MI		M	DP	Total n
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%			
<i>Conhecer os hábitos de vida</i>	4	21,1	-	-	14	73,7	1	5,3	1,63	0,895	19
<i>Conhecer o contexto em que vive</i>	6	31,6	-	-	12	63,2	1	5,3	1,42	1,017	19
<i>Identificar as suas necessidades</i>	5	26,3	-	-	11	57,9	3	15,8	1,63	1,065	19
<i>Estar atento às necessidades</i>	2	10,5	-	-	12	63,2	5	26,3	2,05	0,848	19

Legenda: NS/NR: Não sabe/Não responde; NI: Nada importante; I: Importante; MI: Muito importante; Fr: Frequência; %: Percentagem; M: Média; DP: Desvio padrão;

Gráfico nº 5 - Ação de enfermagem: Avaliação das necessidades de autocuidado



Uma grande percentagem das pessoas consideram importante e muito importante, todas as intervenções que os enfermeiros realizam no âmbito da avaliação das necessidades pela preocupação que demonstram, afirmam mesmo que assim os enfermeiros podem prestar cuidados de forma mais personalizada e satisfazer as necessidades que apresentam (Blanski, Lenardt, 2005; Ownby et al, 2006; Ben-Arye et al, 2007; Williams, Manias, Walker, 2008; DeSimone, Crowe, 2009; Bosworth et al, 2009; Pascucci et al, 2010; Dunlay et al, 2011; Brunton, 2011; Silva, 2012, 2013).

O fato do enfermeiro conhecer os hábitos de vida da pessoa permite compreender a mesma no seu quotidiano. O enfermeiro ao fazer uma avaliação objetiva da pessoa, esta intervenção assume uma importância extrema, uma vez que só com este conhecimento a pode entender e assim poder trabalhar com a mesma no sentido da prevenção e da promoção de hábitos de vida saudáveis, isto é, promover o autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos. Consideramos de crucial importância o conhecimento dos hábitos de vida da pessoa por parte do enfermeiro.

“...esta senhora em casa já era assim, apesar de ser uma pessoa com alguma capacidade, tendo em conta as limitações próprias da doença, uma pessoa que fazia a sua vida em casa, que deambulava só com auxílio de uma bengala, mas que fazia o resto da sua vida em casa...”NM17

“...percebemos que o senhor não fazia dieta absolutamente nenhuma e interpretou os cozidos e grelhados ao jeito dele...”NM26

“...ele era proprietário de um bar, ingeria ainda algumas bebidas brancas como aguardente e whisky (durante a noite) e entre os 18-25 anos consumiu, esporadicamente, haxixe e cocaína...”NC13

“...deparei-me que não havia cumprimento das regras básicas da alimentação (horários, restrições alimentares), e a medicação habitual também não era efetuada...”NUSF6

“...nós conseguimos identificar esse risco...onde é que está comprometido...quer em termos de hábitos de vida, quer em termos de gestão do regime terapêutico e adesão...”FGMC

“...questionou sobre atividade profissional, o porquê de não conseguir fazer uma dieta adequada...” OM4

“...O enfermeiro para tomar certos cuidados, tem que saber a nossa maneira de estar, se nós aceitamos ou não aceitamos...”E5

“...Primeiro tem que saber os hábitos que têm...para depois poder orientar caso não tenha os hábitos essenciais...”E7

Por outro lado, este conhecimento da pessoa em relação aos seus hábitos promove uma avaliação centrada nas necessidades, mas equacionando aquilo que são os comportamentos de autocuidado e as ações de autocuidado que a mesma desenvolve enquanto agente de autocuidado e do seu “self” em relação às necessidades sentidas e à identificação dos requisitos de autocuidado (Orem, 2001). O enfermeiro centrado nestas necessidades numa perspetiva de implementar no processo de cuidados intervenções de enfermagem personalizadas mobiliza este enquadramento teórico pelo fato de centrar os cuidados na promoção do autocuidado. Por isso a ação de enfermagem avaliação das necessidades e as intervenções que a operacionalizam, assim como todos os intervenientes no processo de cuidados as consideram importantes e fazendo parte da razão do cuidado de enfermagem.

“...apresentava cansaço fácil a pequenos esforços...o que inicialmente poderia levar...muitas vezes a que nós ao olhar para aquele doente...imaginemos que essa pessoa...vai ser uma doente dependente total...”NM17

“...refere estar mais disposto a mudar hábitos... Diz ter “apanhado um grande susto” e “já ter idade para ganhar juízo...”NC14

“...referiu por duas vezes que não evitava nenhum alimento e mesmo reconhecia que abusava muito de gorduras animais, fritos, consumia-as frequentemente e sem restrições, pois gosta deste tipo de alimentação...”NUSF4

“...Queria acrescentar e reforçar que...temos que conhecer muito bem o contexto...os fatores quer individuais, quer sociais, quer económicos...”FG10

“...deparei-me com grandes dificuldades de adesão por parte do utente, o mesmo referiu várias vezes que era camionista e que fazia refeições fora de casa...”NUSF8

“...A enfermeira perguntou como tem sido a comida...”OUSF4

“...Se queremos melhorar a nossa saúde é importante dizer aquilo que se passa, aquilo que se passou...”E10

“...Para saber os nossos hábitos...”E17

“...Se tomarmos a medicação fora de horas estamos a enganar-nos a nós próprios...”E18

No processo de cuidados o conhecimento do ambiente e do contexto em que a pessoa vive, torna-se importante para que a avaliação das necessidades seja entendida no sentido do desenvolvimento de um plano de cuidados cuja promoção do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos possa ser atingida de acordo com as suas capacidades e motivações e em que o enfermeiro possa ser um agente de autocuidado provisório face às necessidades terapêuticas de autocuidado (Orem, 2001). Também estes aspetos do ambiente e do contexto em que a pessoa vive, emergem tendo por base a conceção dos enfermeiros em relação ao ambiente, enquanto conceito metaparadigmático de enfermagem, cuja mobilização permite ter em conta estas dimensões face à pessoa (Fawcett, 2005).

“...Era independente no domicílio, vivia com a esposa e no início do internamento encontrava-se dependente em todos os autocuidados...”NM21

“...perguntei-lhe qual era o centro de saúde onde ela ia regularmente, disse-lhe se conhecia a enfermeira...”NM25

“...pouco envolvimento da família, que vive em casa anexa (filha e genro), mas...deixam ao casal a gestão da terapêutica e da alimentação...”NUCC2

“...tem dificuldades económicas, eu como enfermeira em termos até de responsabilidade ética...quais são os outros recursos da minha comunidade para ir ao encontro daquela pessoa, das necessidades daquela pessoa...”FG11

“...Para saberem mais ou menos a vida que temos e como vivemos...”E4

“...A primeira vez que me fizeram essa pergunta achei muito estranho...mas agora acho importante o enfermeiro saber o meu ambiente, a casa, com quem vivo...fez-me pensar o quanto é importante para me ajudar e apoiar sempre que é preciso...sinto que me conhece...”E13

“...Para poderem avaliar se eu conseguia fazer a minha vida, subir escadas, andar...”E9

Portanto avaliar as necessidades da pessoa com doença cardiovascular relativamente à capacidade para gerir os diferentes regimes terapêuticos é uma das intervenções de enfermagem que permite identificar aspetos do seu quotidiano que demonstram dificuldades nesta gestão quer em termos farmacológicos ou não farmacológicos. Avaliar as necessidades a este nível é muito importante tendo em conta o objetivo da intervenção de enfermagem, ou seja, identificar as necessidades da pessoa tendo em conta os hábitos, o contexto e as necessidades reais. Consideramos relevante avaliar as

necessidades da pessoa nesta perspetiva integrativa, o que também é considerado por todos os intervenientes no processo de cuidados.

“...teve muita falta de ar e estava muito preocupado, pois fazia quase tudo e agora não consegue fazer quase nada...”NM18

“...A doente demonstrou bastante receio em autoadministrar a medicação subcutânea, tendo o marido se disponibilizado para o fazer “sem qualquer problema”...NC12

“...A grande dificuldade...a adequação dos hábitos alimentares...horários...concentração das refeições em dois momentos no dia e grandes pausas alimentares...”NUCC2

“...identificar quais são as necessidades de informação...em relação à alimentação...à tensão arterial, à diabetes...portanto todos os fatores de risco associados às doenças cardiovasculares...FG6

“...Ele não me vai perguntar alguma coisa sobre a minha vida e eu não lhe vou responder mal...senão o enfermeiro não consegue fazer o seu trabalho, cuidar de mim...”E6

“...Ao conhecer os nossos problemas, tenta adaptar os tratamentos para melhor chegar à pessoa...”E7

“...Ao saber os nossos problemas de saúde tem mais condições de saber lidar com o doente...”E21

Verificamos que a avaliação das necessidades da pessoa com doença cardiovascular demonstra a essência da profissão naquilo que ela tem de mais nobre, ou seja, a satisfação da pessoa face às suas necessidades, não num paradigma de substituição das suas capacidades, mas de compreensão das mesmas tendo em vista um trabalho conjunto enfermeiro/pessoa no sentido da promoção do autocuidado para o atingir do bem-estar. Neste âmbito alguns aspetos importantes que estão relacionados com o supracitado centram-se na atenção e na forma como o enfermeiro avalia estas necessidades. Os enfermeiros no seu dia-a-dia constituem-se como um dos profissionais de saúde a quem a pessoa mais recorre e a quem atribui maior conhecimento em relação às suas necessidades, pela sua proximidade e pela avaliação que desenvolvem em relação às mesmas. Uma das intervenções que enformam esta afirmação centra-se na forma como o enfermeiro avalia as necessidades da pessoa, ou seja, a atenção que demonstra durante o processo de cuidados.

“...percebeu-se que realmente ela precisava muito de ser estimulada, porque ela teria capacidade para o fazer...”NM17

“...deparei-me com a doente a elevar o membro esquerdo enquanto se penteava...”NC11

“...Reparei que o utente estava apreensivo, pouco contestatário, até concordante com aquilo que lhe era transmitido...”NUSF6

“...temos que avaliar os fatores sociais, o enquadramento e a forma...o enquadramento em que o doente se encontra...FG5

“...perguntou à pessoa o que se passava, para estar assim tão pensativa...”OC19

“...Uma pessoa pode ter qualquer problema sem ser à vista e o enfermeiro tem que agir...”E6

“...Estando atentos aos nossos problemas torna-se mais fácil...o nível de importância aumenta quando estão atentos...E11

“...Se estiver atento acaba por perceber o estado que eu posso estar, o estar da pessoa, a forma como se sente...”E6

Constatar que esta dimensão da avaliação das necessidades é evidenciada de forma congruente por todos os seus intervenientes, traduz a importância da mesma como uma ação de enfermagem que produz resultados no âmbito do processo de cuidados desenvolvido naquilo que é a sua finalidade, ou seja, contribuir para a elaboração de possíveis diagnósticos e prescrições de enfermagem de acordo com Orem (2001). Relevamos esta importância no sentido de que a avaliação das necessidades centrada numa relação entre as ações de autocuidado que a pessoa realiza enquanto agente de autocuidado e quando apresenta incapacidades para as realizar, emergem as necessidades terapêuticas de autocuidado. Nesta relação, sempre que a pessoa apresenta necessidades que excedem as suas capacidades enquanto agente de autocuidado emerge a necessidade de cuidados de enfermagem. Tendo em conta o modelo de Orem (2001), que integra a teoria dos sistemas, relevamos para a compreensão do fenómeno o sistema de apoio e educação onde surgem essencialmente as dimensões da educação como estratégia para a promoção da saúde, cujos princípios integram a importância das intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos (Orem, 2001; Silva, 2012; Petronilho, 2012).

Ainda no âmbito da razão do cuidado de enfermagem consideramos a dimensão **centralidade das pessoas**. Ao analisarmos esta dimensão à luz da razão do cuidado, surge a necessidade de refletirmos sobre os resultados fazendo um percurso indutivo no sentido de compreendermos como chegamos a esta dimensão e de que forma a consideramos uma ação de enfermagem. Podemos mobilizar tendo em conta esta dimensão o conceito que releva a centralidade da pessoa no processo de cuidados (Amendoeira, 2000) numa perspetiva de responsabilidade e coresponsabilidade entre os intervenientes.

A centralidade nos conhecimentos das pessoas, nas capacidades, nas decisões permite ao enfermeiro personalizar os cuidados de enfermagem e ao mesmo

tempo chegar mais às pessoas no sentido da sua capacitação para a autogestão dos diferentes regimes terapêuticos. A evidência científica em relação ao empoderamento das pessoas face a aspetos do dia-a-dia, centra-se ao nível da compreensão das razões que levam as pessoas a determinados comportamentos e ações de autocuidado para posteriormente se desenvolverem estratégias, políticas e até modelos de intervenção com resultados significativos e objetivos na vida das pessoas (Orem, 2001; Blanski, Lenardt, 2005; Ownby et al, 2006; Ben-Arye et al, 2007; Williams, Manias, Walker, 2008; DeSimone, Crowe, 2009; Bosworth et al, 2009; Pascucci et al, 2010; Dunlay et al, 2011; Brunton, 2011; Petronilho, 2012; Silva, 2009, 2012, 2014).

“...Uma vez que a utente vivia com a filha e após a alta voltaria a viver com a mesma, apesar da boa capacidade cognitiva da utente...”NM19

“...era muito renitente à ingestão hídrica; o exercício físico...”NM20

“...Foi detetado que o utente tinha abandonado a toma dos anti hipertensores, por crença de que os valores estariam controlados e de que nesse caso a toma não era necessária...”NUCC2

“...a importância de colocarmos a pessoa no centro dos nossos cuidados...pensamos na pessoa e na sua família como o alvo da nossa intervenção...vai ter que ser muito valorizado...a importância de percebermos aquela pessoa na sua singularidade é que nos vai permitir planear exatamente os cuidados adequados aquela pessoa...”FG11

“...Questionou a pessoa sobre a medicação que fazia em casa, se costumava ter a tensão arterial baixa, se sabia para que era a medicação que fazia?...”OM6

“...Na minha vida tem sido muito importante a forma como o enfermeiro se posiciona na nossa situação...ajuda-me...”E11

“...Qualquer situação que o doente esteja a viver é bom os enfermeiros saberem sobre situações internas e externas...são as pessoas mais chegadas a nós...”E9

Em relação à dimensão centralidade das pessoas como ação de enfermagem integra um conjunto de intervenções que designamos da seguinte forma:

Validar com a pessoa o que sabe sobre a situação

Perceber como a pessoa resolve as necessidades

As razões das decisões da pessoa face às necessidades

Confirmar com a pessoa a informação transmitida

Sob a forma de tabela apresentamos os resultados referentes ao nível de importância destas intervenções de enfermagem considerado pelas pessoas com doença cardiovascular, numa perspetiva de evidenciar as mesmas.

Tabela nº 4 – Ação de enfermagem: Centralidade das pessoas

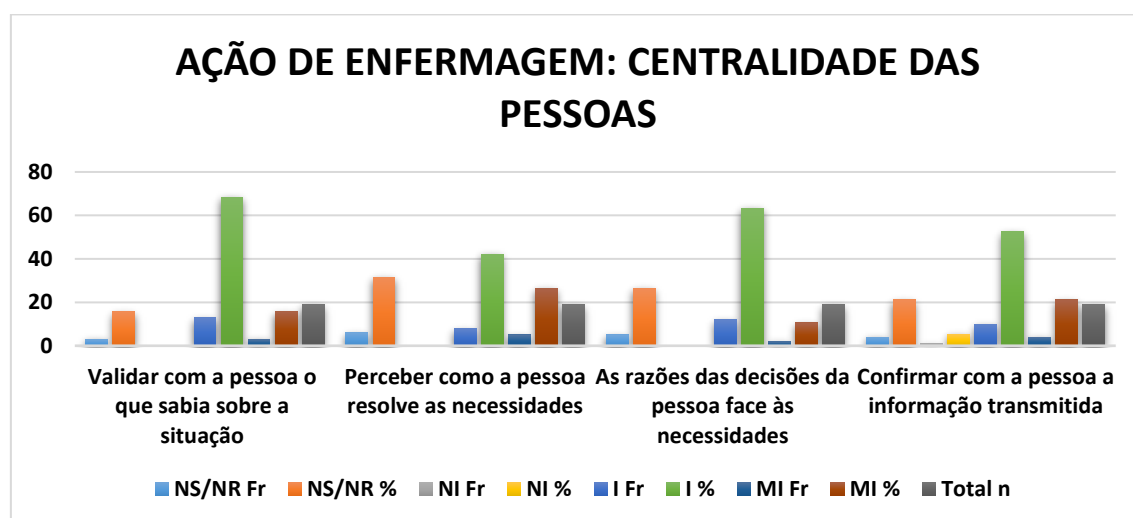
Opções	NS/NR		NI		I		MI		M	DP	Total n
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%			
<i>Validar com a pessoa o que sabe sobre a situação</i>	3	15,8	-	-	13	68,4	3	15,8	1,84	0,898	19
<i>Perceber como a pessoa resolve as necessidades</i>	6	31,6	-	-	8	42,1	5	26,3	1,63	1,212	19
<i>Ter em conta as razões das decisões da pessoa face às necessidades</i>	5	26,3	-	-	12	63,2	2	10,5	1,58	1,017	19
<i>Confirmar com a pessoa a informação transmitida</i>	4	21,1	1	5,3	10	52,6	4	21,1	1,74	1,046	19

Legenda: NS/NR: Não sabe/Não responde; NI: Nada importante; I: Importante; MI: Muito importante; Fr: Frequência; %: Percentagem; M: Média; DP: Desvio padrão;

Verificamos que as pessoas consideram como importantes a maioria das intervenções de enfermagem com percentagem acima dos 50%. Podemos inferir que as pessoas valorizam o fato dos enfermeiros centrarem os cuidados nas necessidades e na forma como as percebem. Por outro lado, as pessoas ainda não conseguem responder de forma clara em relação ao fato do enfermeiro perceber como resolvem as necessidades, havendo ainda 31,6% que não sabia ou não respondeu. Podemos inferir que apesar desta centralidade ser uma ação importante, ainda existe um longo trabalho que a enfermagem tem que desenvolver para que a pessoa possa perceber esta intervenção como importante para que haja um cuidado personalizado.

Apresentamos sob a forma de gráfico os resultados anteriores.

Gráfico nº 6 - Ação de enfermagem: Centralidade das pessoas



Todas estas intervenções constituem a forma como chegamos à centralidade das pessoas no processo de cuidados. Constatamos que os enfermeiros para poderem intervir centrados nas pessoas necessitam sempre de validar os seus conhecimentos em relação à situação de saúde/doença. Esta validação é uma intervenção que implica um conhecimento prévio das dimensões referenciadas anteriormente, daí o processo ser dinâmico e cíclico no que diz respeito à metodologia científica, ou seja, o processo de enfermagem em que a avaliação integra várias etapas, sendo que segundo Orem (2001) estas etapas não estão definidas, mas convergem naquilo que designa de diagnóstico e prescrição de enfermagem e que podemos verificar quando referem:

“...Depois ela disse-me que em casa todos os dias ao pequeno-almoço, toma um comprimido, que é uma cápsula e que tinha de ser da cor que ela disse...”NM22

“...Não foi para o doente uma situação e um diagnóstico fácil de aceitar, sentindo-se muitas vezes frustrado e revoltado...sentia-se o único “culpado”...neste momento e só pensava no seu filho de 20 anos...”NC13

“...Questionada acerca do seu estado de saúde, a utente/família refere doença cardiovascular...”NUCC1

“...para nós percebermos qual é a informação e que tipo de conhecimentos que o utente tem, o doente e a família...”FG6

“...questionou se a pessoa habitualmente media a tensão em casa, se sabia quais os valores que tinha, Se fazia medicação...”OM2

“...Porque fica mais dentro do assunto da pessoa...”E10

“...Pode com mais facilidade dar indicações para que a pessoa faça mais corretamente aquilo que é preciso...”E15

A intervenção relevada por 31,6% das pessoas no processo relaciona-se com a importância de perceber como é que a pessoa habitualmente resolve as necessidades do dia-a-dia. Compreendemos que esta complementa a anterior, uma vez que ao conhecer estes aspetos o enfermeiro fica com informações cruciais que contribuem para o planeamento de intervenções de enfermagem centradas nas capacidades das pessoas e assim poderem atingir resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem proporcionados pelas mesmas como ganhos em saúde (Petronilho, 2012).

“...utente está medicado há vários anos com diuréticos e anti hipertensores. Tem alguma resistência quanto à aceitação de regime alimentar adequado...”NUCC2

“...A utente apresentava com uma dependência ligeira...Foi detetado que...andava muito ansiosa e que não fazia anti hipertensores e antidiabéticos orais da forma prescrita...”NUCC3

“...há muitas situações em que...principalmente os homens...excluem-se um bocadinho do processo...a minha esposa resolve isso...ela trata de tudo...portanto a avaliação é fundamental...e identificação...”FG6

“...Referiu que lá em casa costumava tomar de manhã e que ia fazer análises de 15/15 dias e depois ia acertando conforme os valores de INR...”OM5

“...perceber como é que a pessoa fazia quando estava mais ansiosa...”OUSF5

“...Pois assim ficam a saber o que me aconteceu, como é que reagi...sabem as reações que eu tive...a maneira do doente poder dar a conhecer...”E8

“...Desde que a pessoa tenha conhecimentos para resolver os seus problemas...”E13

Também numa perspetiva da centralidade das pessoas, um outro aspeto importante que os enfermeiros procuram compreender durante a avaliação prende-se com as razões que as levam a decidir desta ou daquela forma relacionadas com a autogestão dos diferentes regimes terapêuticos. Nestes aspetos consideramos que a relevância não está em apenas saber que decisões são tomadas no seu quotidiano, mas essencialmente compreenderem de que forma poderão encontrar com as pessoas, estratégias no sentido de as capacitar para as tomadas de decisão informadas, ou seja, não emitindo juízos de valor, mas sim através da demonstração de compreensão e de valorização da capacidade para tomar decisões permitir que esta intervenção de conhecer as razões para a tomada de decisão se constitua como mais uma forma de intervir tendo em conta a pessoa enquanto agente de autocuidado (Amendoeira, 2000; Orem, 2001; Silva, 2012).

“...O que estava a ser mais complicado e difícil para ele era a batalha que estava a travar contra o tabaco...”NC13

“...como continuava a trabalhar no seu bar desabafou que num ambiente noturno era difícil abandonar, por completo, os antigos hábitos...”NC13

“...é esta questão de que a pessoa tem que se auto responsabilizar e para isso temos que a valorizar, que dar valor...não a podemos colocar de lado...ele continua a ser uma pessoa que é a principal interessada pelo problema dele...pode decidir sobre aquilo que quer para a sua vida, para o melhor e para o pior...”FG3

“...questionou a pessoa se estava a tomar sempre os medicamentos, mesmo com estas tensões...” OUSF6

“...Tem a ver com o que dizemos...mas é importante para nós não omitirmos o que fazemos menos bem...”E5

“...Ao saber as decisões e o que nós tomamos, caso não corresponda, o enfermeiro informa o doente para que isso não aconteça...”E12

Todo este processo de cuidados no âmbito da avaliação tem em conta uma premissa muito importante que passa pela confirmação de toda a informação

partilhada. Mais uma vez dando enfoque à dimensão da centralidade das pessoas enquanto agente de autocuidado, cujos comportamentos se refletem na forma como as mesmas interpretam, mobilizam e integram a informação partilhada de ambas as partes, quer do enfermeiro quer dela própria. Só a partir destes aspetos o enfermeiro está em condições de poder desenvolver um planeamento cujas intervenções de enfermagem têm uma base de sustentação centrada nas pessoas e nas suas necessidades, mas numa perspetiva de promoção da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos na pessoa com doença cardiovascular.

“...eu achei que a senhora tinha capacidade, precisava era de ser estimulada e classifiquei com uma ajuda parcial...”NM17

“...Foi então detectada a necessidade de ensinios acerca dos cuidados a ter devido à toma desta terapêutica...”NM19

“...Questionei-o sobre a toma de medicação e se tomava adequadamente conforme a prescrição...”NUSF5

“...vem ao hospital dia para nós fazermos uma avaliação, para ver como é que está a terapêutica, não só ao nível da terapêutica, mas também dos hábitos...”FG6

“...deu os medicamentos para a pessoa tomar, questionou se sabia o que estava a tomar, para que era?...”OM8

“...Perceber o que a pessoa tem e sente...se os dados foram bem entendidos...”E8

“...Se há comunicação pode evoluir melhor...tem que ser mútua...”E9

Num processo de cuidados onde a razão do cuidado de enfermagem integra as dimensões desde a gestão da informação clínica, normatividade dos cuidados, a avaliação das necessidades e a centralidade das pessoas podemos afirmar que são ações de enfermagem no âmbito da avaliação da pessoa com doença cardiovascular cuja relevância é identificada de forma congruente e coesa pelos participantes do estudo.

Sistematizando a informação podemos inferir que as ações de enfermagem citadas anteriormente assumem um estatuto relevante no processo de cuidados cuja centralidade está na avaliação da pessoa. Quando falamos de avaliação estamos a mobilizar a metodologia científica da disciplina de enfermagem, que permite ao enfermeiro sistematizar a mesma tendo como fim o diagnóstico e o planeamento de intervenções de enfermagem. Neste caso todas as ações de enfermagem e as intervenções que lhe dão corpo estão centradas na pessoa com um sentido muito concreto, ou seja, avaliar as capacidades de acordo com o fenómeno em estudo – autogestão dos diferentes regimes terapêuticos, sendo

que para isso importa o enfermeiro conhecer e compreender a pessoa enquanto agente de autocuidado, que comportamentos de autocuidado apresenta, que consciência (“*self*”) tem da situação de saúde doença e de que forma mobiliza os requisitos de autocuidado na vida (Orem, 2001).

Consideramos que a razão do cuidado de enfermagem face a este fenómeno emerge quando o enfermeiro e a pessoa identificam um conjunto de fatores condicionantes básicos que influenciam as capacidades em termos de autocuidado e cuja avaliação permite conhecer desde a idade, o sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde (diagnóstico, tratamento) fatores familiares, padrões de vida... Portanto a avaliação centrada nas capacidades da pessoa emerge como uma das etapas do processo de cuidados essencial tendo em conta a sua finalidade, ou seja, capacitar a pessoa para a autogestão dos diferentes regimes terapêuticos.

Como falamos de capacitar a pessoa para a autogestão dos diferentes regimes terapêuticos, temos como uma das condições importantes a pessoa demonstrar que possui ou como podem ser restabelecidas ou readequadas essas capacidades. Neste contexto a importância das ações e intervenções de enfermagem identificadas permitem compreender a pessoa tendo por base os seus comportamentos e ações de autocuidado (Orem, 2001).

Também nesta perspetiva podemos afirmar que a avaliação destas dimensões permite ainda integrar aspetos da vida da pessoa centrados na forma como a mesma mobiliza os requisitos de autocuidado de desenvolvimento, o que permite ao enfermeiro compreender em que nível de desenvolvimento se encontra, como promove comportamentos de prevenção e como lida com as situações no dia-a-dia e o que a condiciona. Também mais centrada no diagnóstico médico emergem aspetos que são cruciais e que se relacionam com os requisitos de autocuidado de desvio de saúde, cujo conhecimento por parte do enfermeiro traduz-se no processo de cuidados, numa avaliação em que estas informações surgem como o despoletar de todo o processo, mas que à posteriori promove uma avaliação centrada na pessoa (Orem, 2001).

Sob a forma de síntese desta fase do processo de cuidados e de acordo com os achados apresentamos um diagrama esquemático em construção que após a análise de todos os temas, dimensões e categorias se constituirá na base para a teoria prescritiva de intervenções de enfermagem promotoras da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos na pessoa com doença cardiovascular.

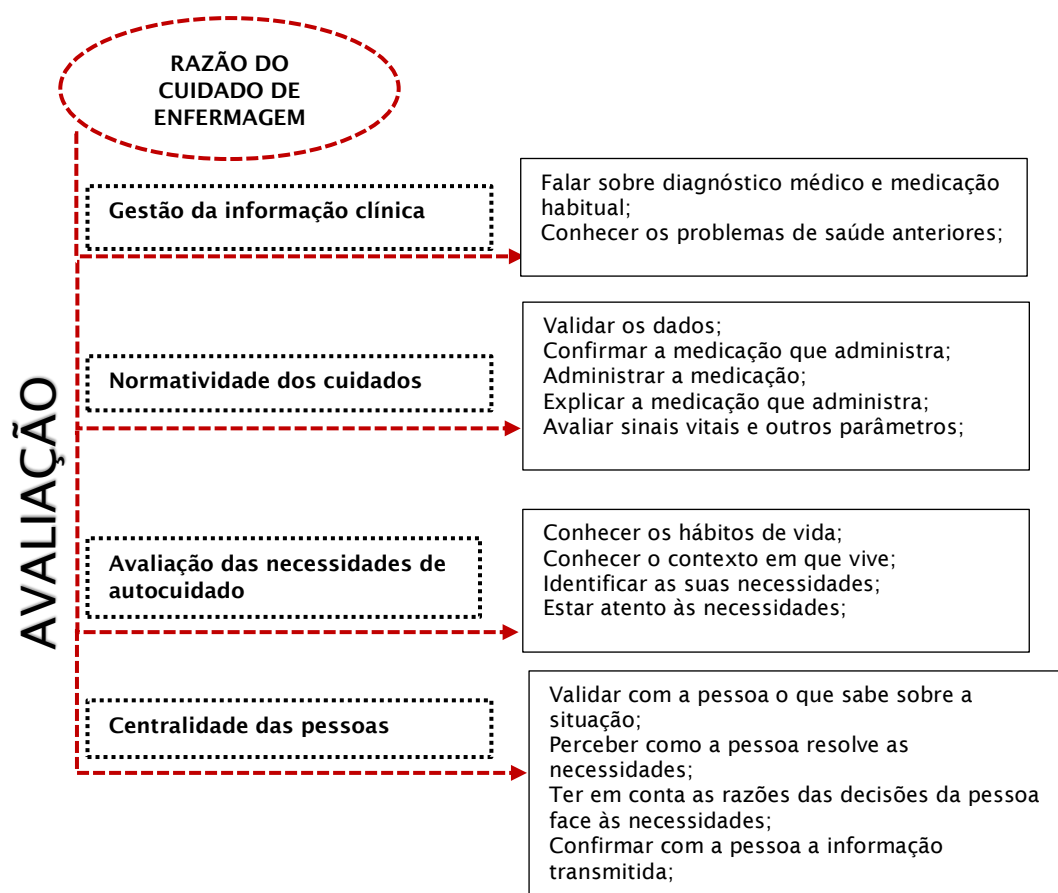


Figura nº 4 - Razão do cuidado de enfermagem - Ações e intervenções de enfermagem

Refletindo sobre as ações de enfermagem acima referenciadas e tendo em conta as intervenções que definimos permite-nos afirmar que ao longo do processo de cuidados o enfermeiro parte de uma dimensão objetiva da avaliação em que os dados centrados naquilo que a pessoa apresenta na situação clínica são o mote para a iniciar. A informação clínica é pelo enfermeiro mobilizada no sentido de compreender as razões pela qual a pessoa necessita de cuidados de enfermagem. Também é pelo interesse que o enfermeiro demonstra desde o início por estas questões que promove na pessoa uma maior disponibilidade para facultar as informações por ele solicitadas, pois esta valoriza a preocupação numa perspetiva do cuidado que o enfermeiro demonstra em conhecer e compreender o que a levou a procurar os cuidados de saúde.

Ainda na dimensão desta avaliação o enfermeiro partindo destes dados mobiliza um conjunto de atividades inerentes ao domínio de competência interdependente que o ajudam a complementar essa informação centrada essencialmente em procedimentos técnicos mas que no seu todo se conjugam

para o conhecimento da situação clínica cujos resultados constituem-se de extrema relevância na compreensão e interpretação do que se passa com a pessoa. Consideramos que estes cuidados por si só não traduzem a verdadeira essência da enfermagem, no entanto, é através deles que o enfermeiro nos diversos contextos da prática clínica adquire conhecimentos sobre a pessoa no sentido de focalizar a atenção para as necessidades da mesma. A partir destes dados o enfermeiro elenca um conjunto de questões ainda no âmbito da avaliação, mas agora centradas nas necessidades da pessoa, em que a gestão da informação clínica e a normatividade dos cuidados sustentam a razão pela qual intencionalmente realiza essas perguntas e demonstra preocupação em saber determinados fatores que influenciam a situação de saúde doença.

A pessoa, por conseguinte, também releva estas ações como essenciais quer pela conceção que tem da sua saúde e do que os resultados das mesmas contribuem para a perceção da situação clínica atual. Considera mesmo que permitem ao enfermeiro ficar a saber como é que está em relação ao seu estado de saúde. Por outro lado, estabelece através destas atividades uma relação de confiança pelo cuidado que percebem por parte do enfermeiro.

A avaliação das necessidades da pessoa enquanto ação de enfermagem surge assim numa continuidade do processo. É a avaliação destas necessidades que permitem ao enfermeiro prestar cuidados numa visão holística da pessoa. Também de forma intencional o enfermeiro ao conhecer as reais necessidades da pessoa tem como finalidade apoiar, ajudar na promoção do seu autocuidado, mas equacionando as suas capacidades enquanto agente de autocuidado.

A centralidade das pessoas no processo de cuidados surge enquanto ação de enfermagem pela premissa de uma enfermagem individualizada em que a pessoa é centro dos cuidados. Verificamos que no âmbito da avaliação das necessidades da pessoa, o enfermeiro planeia um conjunto de intervenções cujo conteúdo permite prestar cuidados de acordo com a sua singularidade.

Para a promoção do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular a avaliação por parte do enfermeiro tem que integrar todas estas intervenções de enfermagem por se constituírem de acordo com a pessoa de extrema relevância para que tenha um conhecimento das suas necessidades e dos fatores que a influenciam no dia-a-dia. A pessoa tem consciência do trabalho do enfermeiro, mas também gosta de compreender de

que forma é que pode contribuir para prevenir, melhorar ou adequar a sua situação de saúde doença.

3.2 - INSTRUMENTOS QUE SUPORTAM O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Considerando-se como processo de cuidados as intervenções de enfermagem planeadas pelo enfermeiro que ele próprio controla e executa (Amendoeira, 2001) temos vindo a constatar que o enfermeiro e a pessoa interagem no dia-a-dia numa relação de dualidade, mas por outro lado de proximidade. O que queremos dizer com isto? Numa relação de dualidade, uma vez que nem sempre a pessoa tem consciência de que necessita de cuidados de enfermagem, assim como o enfermeiro nem sempre consegue compreender quais as necessidades da pessoa. No entanto consideramos face à natureza da ação de enfermagem que a proximidade entre ambos emerge pelo fato do enfermeiro ter como princípios orientadores a centralidade do cuidado na pessoa, que a mesma identifica como importante para que o cuidado ocorra.

Apresentamos de forma sistematizada no quadro as dimensões, categorias e unidades de enumeração da análise realizada.

Quadro nº 12 - Instrumentos que suportam o cuidado de enfermagem

DIMENSÕES	CATEGORIAS	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO			
		N	FG	OP	E
Relação interpessoal	Estabelecer com a pessoa uma relação terapêutica	369			
	Manter uma atitude de escuta				
	Comunicar com a pessoa numa linguagem clara e perceptível				
	Promover o envolvimento da pessoa nos cuidados				
Julgamento clínico	Explicar a razão dos cuidados à pessoa	28			
	Analisar a situação de acordo com as necessidades da pessoa				
Tomada de decisão	Priorizar os cuidados	221			
	Validar a prioridade dos cuidados				
	Planear os cuidados de enfermagem de acordo as necessidades				

Pela enunciação do tema compreendemos que as dimensões que surgem centram-se essencialmente em aspetos relacionados com o que suporta o cuidado de enfermagem. Estamos a falar de ações que permitem ao enfermeiro realizar uma avaliação rigorosa e centrada na pessoa, assim como a sua mobilização e integração promove ao longo de todo o processo de cuidados uma relação e comunicação terapêutica. Também para a construção do processo de cuidados tendo em conta as etapas já enunciadas, emerge a análise que o enfermeiro desenvolve e que lhe permite ter um julgamento clínico sobre a situação da pessoa numa perspetiva de processo que culminará com as tomadas de decisão e cujo resultado será o planeamento de cuidados de acordo com as suas necessidades. Mobilizamos essencialmente conceitos centrados na relação interpessoal, comunicação, julgamento clínico e tomada de decisão, assim como em continuidade centrados no autocuidado e naquilo que a pessoa releva enquanto “self” e agente de autocuidado (Lazure, 1994; Orem, 2001; Chalifour, 2008; Cerullo e Cruz, 2010).

De salientar este tema como transversal no processo de cuidados. Compreendemos que o que o suporta são os aspetos referidos anteriormente numa lógica sequencial, mas dinâmica e cíclica, isto é, o enfermeiro mobiliza a relação interpessoal, o julgamento clínico e as tomadas de decisão no sentido de atingir os resultados esperados com a pessoa. No que diz respeito à pessoa estes instrumentos vão facilitar a compreensão das ações e comportamentos de autocuidado, da consciência de si e daquilo que sabe face aos requisitos de autocuidado e como os desenvolve enquanto agente de autocuidado (Lazure, 1994; Orem, 2001; Chalifour, 2008).

Designamos a **relação interpessoal** enquanto ação de enfermagem, integrada no tema dos instrumentos que suportam o cuidado de enfermagem. Mobilizamos assim esta ação como um instrumento básico de enfermagem que se constitui como os conhecimentos e as habilidades desenvolvidas pelos enfermeiros que lhes permitem prestar cuidados cujo centro de interesse é a pessoa Amendoeira et al (2003). Nesta dimensão que se constitui como uma ação de enfermagem elencamos um conjunto de intervenções que no seu todo permitem consolidar a relação interpessoal como relevante no processo de cuidados tendo como missiva a promoção da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos. Deste modo apresentamos as intervenções que definimos:

Estabelecer com a pessoa uma relação terapêutica

Manter uma atitude de escuta

Comunicar com a pessoa numa linguagem clara e perceptível

Promover o envolvimento da pessoa nos cuidados

A relação interpessoal no processo de cuidados é considerada pelos participantes no estudo como uma ação importante, essencialmente pela relevância que atribuem ao enfermeiro estabelecer uma relação terapêutica.

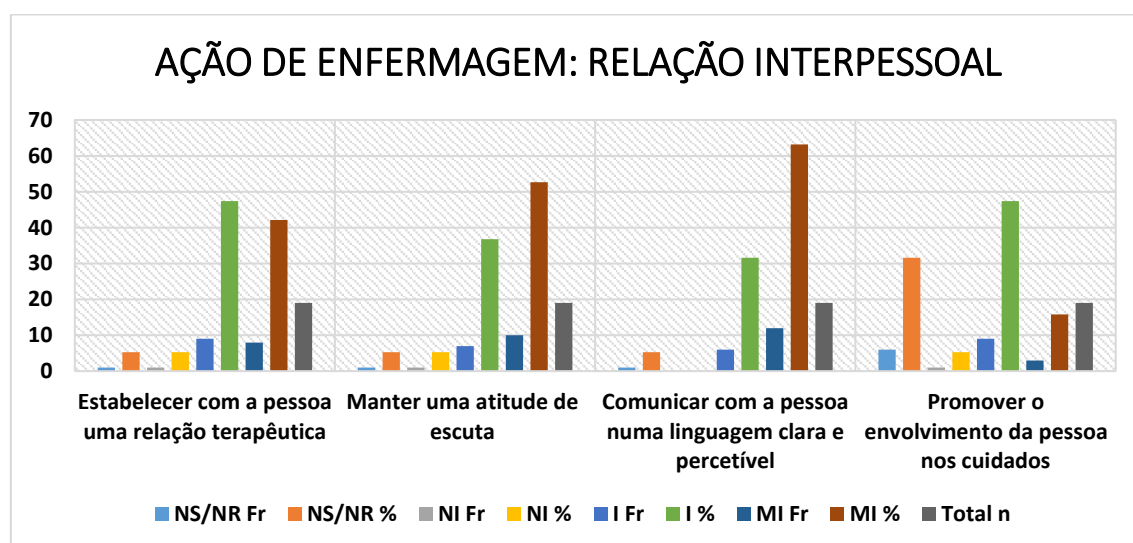
Tabela nº 5 - Ação de enfermagem: Relação interpessoal

Opções	NS/NR		NI		I		MI		M	DP	Total n
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%			
<i>Estabelecer com a pessoa uma relação terapêutica</i>	1	5,3	1	5,3	9	47,4	8	42,1	2,26	0,806	19
<i>Manter uma atitude de escuta</i>	1	5,3	1	5,3	7	36,8	10	52,6	2,37	0,831	19
<i>Comunicar com a pessoa numa linguagem clara e perceptível</i>	1	5,3	-	-	6	31,6	12	63,2	2,53	0,772	19
<i>Promover o envolvimento da pessoa nos cuidados</i>	6	31,6	1	5,3	9	47,4	3	15,8	1,44	1,149	19

Legenda: NS/NR: Não sabe/Não responde; NI: Nada importante; I: Importante; MI: Muito importante; Fr: Frequência; %: Percentagem; M: Média; DP: Desvio padrão;

Podemos constatar que no âmbito da ação de enfermagem relação interpessoal, as pessoas valorizaram como importantes e muito importantes todas as intervenções que enformam esta ação, mas com um maior enfoque no nível muito importante essencialmente na comunicação com uma percentagem de 63,2%. Ilustramos estes resultados no gráfico seguinte:

Gráfico nº 7 - Ação de enfermagem: Relação interpessoal



Quando falamos de relação terapêutica, esta surge como essencial numa perspetiva da relação de confiança, da segurança e da qualidade da avaliação que se repercute nos resultados esperados.

“...Ao abordar o Senhor para iniciar o meu turno da manhã apresentei-me como enfermeiro que ficava responsável por ele...e que era enfermeiro de reabilitação”...NM18

“...Durante o acolhimento verifiquei que a ansiedade relacionada com o procedimento a que iria ser submetido o utente, vinha de alguma maneira mais “diluída”...”NC10

“...ele precisa de sentir que está a ser acompanhado, eu acho que isso é muito importante, o doente sentir que há ali alguém preocupado com ele...”FG5

“...A enfermeira cumprimentou todas as pessoas...dirigiu-se à pessoa, chamou pelo seu nome ...referiu que estava na hora da medicação...”OM3

“...Forma de me sentir à vontade, dialogar...”E1

“...Transmitiu-me segurança, muita segurança...”E1

“...Ter confiança para poder partilhar quando temos problemas para resolver...”E7

“...Pelo contato/falar connosco/relação...gosto que isso aconteça...”E9

“...Sempre me trataram pelo meu nome, senti-me sempre bem e integrado no serviço...senti que me conheciam...”E12

Compreendemos que no processo de cuidados para que esta relação terapêutica se estabeleça, não basta apenas o enfermeiro ser simpático, sorrir ou mesmo em situações de dependência fazer pela pessoa e demonstrar bondade nos atos que realiza. A construção de uma relação terapêutica envolve um conhecimento por parte do enfermeiro que deriva da forma como desenvolve com a pessoa a avaliação que temos vindo a evidenciar. A forma como se relaciona com a pessoa, como se posiciona na comunicação, como questiona, o sentido que dá às informações da pessoa, atitude face às necessidades, enfim um conjunto de aspetos que são cruciais no sentido de podermos afirmar que existe uma relação terapêutica. A forma como o enfermeiro mobiliza as suas próprias características e valores pessoais enquanto profissional, mas também como pessoa pode ser um fator facilitador desta relação terapêutica, sendo ele próprio um instrumento terapêutico (Chalifour, 2008; Pereira e Botelho, 2014).

“...Que em conjunto tínhamos que estabelecer um plano de acordo com a sua situação atual, com as suas capacidades e com os seus desejos...”NM18

“...procurando criar um ambiente calmo e confortável para o mesmo...”NC9

“...não podemos esclarecer um doente de forma específica e o doente que está ao lado a informação tem que ser diferente...tem outros conhecimentos...”FG6

“...dar espaço para a senhora colocar as dúvidas e falar do que a preocupava e do que sabia...”OC10

“...A enfermeira perguntou o que preocupava a pessoa e de que forma podia ajudar...” OC19

“...Ambas as partes...há um relacionamento mais sério...está ali uma pessoa para nos ajudar...”E7

“...Existe uma relação...há mais proximidade...sinto-me mais à vontade de falar...não fico de pé atrás...”E12

“...Acontece quando um enfermeiro tem um feitio humano...a parte humana tem muita importância...”E15

Percebemos a importância desta ação e das intervenções que a complementam, pela relevância dada essencialmente pelas pessoas na descrição efetuada de forma genuína e espontânea, mas que vai ao encontro do que os enfermeiros referem e acentuam como importante para que realmente esta relação terapêutica seja estabelecida. Ainda dando enfoque a esta intervenção relevamos além dos aspetos já mencionados a importância da escuta na relação com a pessoa e de que forma pode influenciar no processo de cuidados e nos resultados esperados, ou seja, na capacitação da pessoa para a autogestão dos diferentes regimes terapêuticos. **A escuta** é um instrumento crucial para que haja compreensão, comunicação e empatia entre o profissional, a pessoa e a própria família. Algumas das dimensões que a pessoa valoriza na relação terapêutica centram-se no conhecimento que o enfermeiro tem da mesma, do tempo que lhe disponibiliza, da compreensão que demonstra e das suas competências (Pereira e Botelho, 2014). A valorização destas dimensões está intimamente relacionada com as questões da escuta que emergem também como uma das intervenções de enfermagem que permitem dar corpo à ação relação interpessoal.

“...Facultado espaço para questões, dúvidas...”NC9

“...porque a questão tem que ser sempre colocada...estamos a falar de adesão ao regime terapêutico...de processo de cuidados com a pessoa, nós colocamos numa perspetiva de que a pessoa aceita aquilo que nós lhe...dizemos...adere...a outra é conseguirmos levar a pessoa a dizer...não só aceito, eu quero...”FG2

“...A enfermeira manteve-se atenta a escutar a pessoa...”OC12

“...Deixou a pessoa falar sobre a situação, como se passou, e também o que o preocupa no futuro...”OC12

“...Dá confiança ao doente ter alguém que nos escuta realmente...”E6

“...As pessoas têm necessidade de falar...ser-se um bom ouvinte é muito bom...”E10

“...É muito importante pois agente estamos a falar e o que está ali a escutar...é diferente daquele que está ali por estar...está numa linha de nos ajudar...”E14

Para podermos integrar de forma plena no processo de cuidados as questões que temos vindo a analisar importa refletir também num outro instrumento básico de enfermagem enquanto saberes e habilidades para o cuidado (Amendoeira et al, 2003; Fonseca, 2006). Falamos da **comunicação**, que se constitui como essencial numa relação terapêutica, onde em complementaridade a escuta também está implícita. A comunicação enquanto instrumento básico surge associada à criatividade, sendo, portanto, mobilizada e integrada em todos os momentos de interação enfermeiro/pessoa, cuja influência quando desenvolvida de forma terapêutica e centrada nas necessidades da pessoa se traduz em resultados percecionados pela mesma que a levam a decidir de forma mais informada e adequada (Amendoeira et al, 2003, Fonseca, 2006). Também importa referir que a comunicação não é só o ato de falar em si, mas a forma como o enfermeiro comunica e mobiliza o conhecimento científico face à pessoa e que é muito valorizado, ou seja, a utilização de uma linguagem clara e perceptível (Fonseca, 2006; Ferreira, Pontes, Ferreira, 2009).

“...a sua recuperação foi fruto de um trabalho de toda a equipa multidisciplinar...”NM21

“...aqui logo desde o início a comunicação que nós estabelecemos com o doente e família é muito importante...FG6

“...chamou a pessoa pelo seu nome e informou o que iria fazer, avaliar a tensão arterial, perguntou se podia?...OM10

“...O enfermeiro sentou-se ao fundo da cama, próximo da pessoa a conversar, dizendo que quando fizesse sopa o convidasse para lá ir a casa, pois gostaria de provar...”OC2

“...sentou-se à sua frente e iniciou o diálogo dizendo como se sentia? Se estava ansiosa com o procedimento?...” OC10

“...Aquilo que ele sabe é importante para mim, o português dele para eu entender tudo...”E5

“...Fica a saber o que se está a passar...a nossa situação clínica...o enfermeiro comunicou e informou...E7

“...Ao falarem claro dá-nos confiança...segurança também de falar nessa linha...o ser humano sente muito isso...”E14

No âmbito destas considerações surgem ainda intervenções de extrema relevância para o processo de cuidados e que estão implícitas na relação interpessoal, a disponibilidade e o envolvimento da pessoa nos cuidados. Em relação à análise sistematizamos numa abordagem individualizada, mas em

termos de intervenção de enfermagem designamos ***promover o envolvimento da pessoa nos cuidados***, porque para ser plena tem que existir por parte do enfermeiro disponibilidade para a implementar.

Ao longo de todo o processo podemos falar de disponibilidade, mas não estamos a reduzir esta disponibilidade à sua definição básica, porque numa perspetiva de instrumentos que suportam o cuidado de enfermagem a disponibilidade é integrada numa dimensão mais complexa. Numa relação estreita com a conceção da comunicação e da relação terapêutica, a disponibilidade surge enquanto atitude face ao cuidado, não só estar disponível para a pessoa, mas mesmo sem estar presente demonstrar essa disponibilidade a vários níveis, do conhecimento, da competência técnica e relacional que realmente promove na relação com o outro dimensões importantes em termos de capacidades e de valores que o levam a decidir e a sentir-se mais capaz face às necessidades (Fonseca, 2006; Chalifour, 2008; Ferreira, Pontes, Ferreira, 2009). Esta questão implicitamente é valorizada pela pessoa como uma condição para o cuidado de enfermagem que converge para a relevância do seu envolvimento nos cuidados.

“...Em todos os momentos foi demonstrada disponibilidade para esclarecimentos de dúvidas...”NC12

“...Demonstrada disponibilidade para esclarecer qualquer dúvida...”NC13

“...Chegou ao quarto... cumprimentou a pessoa, puxou uma cadeira, perguntou se podia sentar-se para conversar...”OM5

“...Disponibilizou-se para ouvir a pessoa sobre os medos e receios...”OC19

“...Importância capital... perceber que o enfermeiro está ali para qualquer problema que surja...”E3

“...Se preciso do enfermeiro, esta disponibilidade ajuda a resolver a minha situação...”E6

“...Porque pela nossa necessidade aumenta a confiança, a segurança...aquele tipo de proximidade...nutrir um sentimento de amizade pela confiança e segurança...”E10

Perante estas afirmações compreende-se a intervenção promover o envolvimento da pessoa nos cuidados, por se constituir numa condição que conduz a mesma a fazer parte do processo e assim também desenvolver motivação e criar estratégias de se capacitar para a autogestão dos diferentes regimes terapêuticos. Este envolvimento promove uma autorresponsabilização nos comportamentos e ações de autocuidado tendo em vista a autogestão referenciada (Orem, 2001). Quando falamos de autorresponsabilização é na

perspetiva da pessoa sentir que é responsável pelas suas decisões e assim promover sentimentos de autocontrolo e autoconfiança, cujos resultados vão ao encontro de a capacitar para a autogestão enquanto agente de autocuidado.

“...perante esta iniciativa de contacto do utente, referi que estaria disponível para ver com ele novamente a situação clínica e planearmos uma mudança gradual dos seus estilos de vida...NUSF 5

“...uma das abordagens que tentamos sempre fazer, para além do doente, ouvir sempre a família, ouvir e pedir à família para estar presente, sempre quando é para a gestão do regime terapêutico...”FG5

“...se nós nos colocarmos apenas nesta perspetiva que o doente vai aceitar aquilo que nós lhe dizemos, a informação que lhe queremos dar e a mudança que queremos que ele produza, dificilmente estamos a falar realmente de adesão...”FG2

“...o objetivo é responsabilizar a pessoa e a família, porque se ela não se responsabilizar...ter o conhecimento do que é aconteceu...o conhecimento da doença...saber qual é o mecanismo...”FG6

“...Importante ter alguém que nos compreende...a pessoa é única...necessidades diferentes...”E1

“...O enfermeiro fazer entender o doente que ele faz parte do processo...”E7

“...Sinto-me a contribuir para o nosso bem-estar, para a nossa saúde...”E12

“...Considero que me dá mais confiança...”E13

“...Ajuda a responsabilizar-me...”E14

Na análise face ao fenómeno em estudo, a relação interpessoal enquanto ação de enfermagem é evidenciada em todo o processo de cuidados. Podemos afirmar de acordo com os participantes quer os enfermeiros, quer as pessoas que a relação interpessoal é uma ação de enfermagem prioritária a ser mobilizada e integrada no processo de cuidados. Relevada também como um instrumento, pela essência da enfermagem, uma vez que para haver cuidados de enfermagem tem que existir relação. Também constatamos que para haver esta relação interpessoal, exige de ambos os intervenientes um estar na relação e não apenas o relacionar-se, isto quer dizer que numa relação interpessoal mais do que a relação é a capacidade que o enfermeiro deve demonstrar para conhecer o outro, entendê-lo na sua singularidade, no sentido de o poder capacitar e influenciar para que possa tomar a melhor decisão no que respeita à situação de saúde doença (Pereira e Botelho, 2014).

Mobilizamos nesta relação interpessoal, intervenções centradas na pessoa que no seu todo promovem o autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos. Podemos inferir que o fato do enfermeiro na relação com a pessoa preocupar-se com a forma como comunica, a postura na relação, os objetivos

que se propõe atingir, a capacidade que desenvolve na escuta da pessoa, a forma como demonstra disponibilidade e o envolvimento que promove da pessoa nos cuidados permite que haja uma relação interpessoal efetiva que se repercute na forma como a pessoa gere os diferentes regimes terapêuticos no dia-a-dia (Phaneuf, 2005; Fonseca, 2006; Chalifour, 2008; Ferreira, Pontes, Ferreira, 2009).

Claro que esta ação traz contributos na questão de investigação deste estudo e dos resultados que temos vindo a analisar, que se reflete na razão do cuidado de enfermagem, ou seja, tem uma importância central na avaliação da pessoa. Podemos mesmo afirmar que para conhecermos a pessoa na sua singularidade, onde as questões centrais no âmbito do autocuidado surgem como prioritárias neste estudo, temos que construir esta relação interpessoal, o que implica o desenvolvimento e o colocar em prática as ações enunciadas anteriormente. Para conhecer e compreender a pessoa enquanto agente de autocuidado, cujas ações e as necessidades, assim como a partilha da informação tendo em conta a consciência que tem dos fatores condicionantes básicos que a influenciam e como se encontra ao nível dos requisitos de autocuidado, terá que se estabelecer esta relação, Pereira e Botelho (2014) classificam esta construção em fases que passam pelo ser simpático, amigo, ou seja um início de uma relação, para que após algum tempo e conhecimento de ambos possa haver um compromisso terapêutico, que envolve já algum nível de confiança e compreensão e por fim o desenvolvimento e parceria que podemos inferir como sendo elementos ancora para toda esta dimensão da relação interpessoal (Orem, 2001).

“...É benéfico para o doente...pelo conhecimento de ambas as pessoas...”E1

“...A forma como o enfermeiro fala e transmite as coisas dá saúde ao doente...é um incentivo...”E3

“...Sente à vontade quando se conhece o nome da pessoa...”E4

“...Nós gostamos de ouvir o nosso nome...”E5

“...Foi importante até mesmo no à vontade...respeito mútuo...quando há uma atenção...respeito pelo profissional de saúde...”E11

“...A confiança é muito importante...”E12

“...Se não houver interesse sentimo-nos desmotivadas, assim sentimos acompanhamento...”E14

O percurso analítico do fenómeno em estudo tem vindo a demonstrar de forma congruente que as ações de enfermagem até agora identificadas e valorizadas pelas pessoas como promotoras da autogestão dos diferentes regimes

terapêuticos assentam na metodologia científica da disciplina de enfermagem, o processo de enfermagem. Apesar de não estar descrito explicitamente no discurso mas de forma implícita compreendemos uma organização do processo com a avaliação da pessoa numa dimensão mais física e normativa dos cuidados, mas que enforma à posteriori a centralidade da pessoa e as suas necessidades. Mobilizam simultaneamente instrumentos que suportam o cuidado, incluindo os da avaliação e chegam ao momento em que estão em condições de poder analisar a situação, mobilizando competências técnicas e relacionais para desenvolverem o **juízo clínico**.

Este conceito surge muito associado ao raciocínio clínico e ao pensamento crítico, no entanto a sua relevância surge no âmbito do que os dados nos dizem, ou seja, o juízo clínico é uma ação de enfermagem, integrada no tema instrumentos que suportam o cuidado, pela sua dimensão em termos de conceção. O juízo clínico promove no processo de cuidados a racionalidade, a cientificidade, a fundamentação para o cuidado, isto porque em todos os momentos ou etapas do processo, quer na avaliação, quer no diagnóstico, quer nas prescrições das intervenções, quer na interpretação dos resultados, o juízo clínico é um instrumento que suporta o cuidado, mas é também ele um cuidado que deve fazer parte das competências do enfermeiro e interpretado pela pessoa dessa forma (Cerullo e Cruz, 2010; Amorim e Marcucci, 2011; Nogueira e Amendoeira, 2013).

Para dar resposta a esta dimensão mobilizamos duas intervenções de enfermagem cujo sentido centra-se essencialmente naquilo que leva o enfermeiro a intervir com um juízo clínico que espelha tomadas de decisão posteriormente partilhadas e personalizadas que produzem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. São elas:

Explicar a razão dos cuidados à pessoa;

Analisar a situação de acordo com as necessidades da pessoa;

Consideramos estas intervenções pelo fato de se constituírem como o pilar no âmbito da mobilização do juízo clínico. Os enfermeiros na sua prática clínica desenvolvem uma análise da situação da pessoa, centrados inicialmente numa avaliação da situação de doença e da forma como ocorreu, no entanto, a partir desta informação desenvolvem uma avaliação centrada nas necessidades da pessoa tendo em consideração a singularidade da mesma. Sob a forma de

tabela demonstramos a valorização das pessoas face às intervenções de enfermagem enunciadas anteriormente.

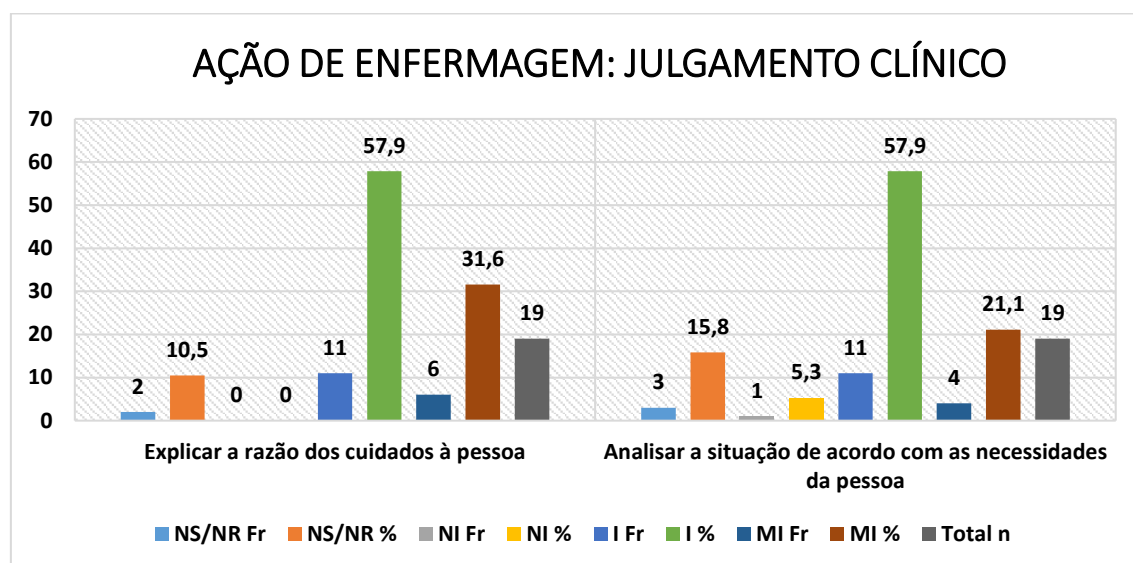
Tabela nº 6 – Ação de enfermagem: Julgamento clínico

Intervenções	Opções		NS/NR		NI		I		MI		M	DP	Total N
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%			
<i>Explicar a razão dos cuidados à pessoa</i>	2	10,5	-	-	11	57,9	6	31,6	2,11	0,900			19
<i>Analisar a situação de acordo com as necessidades da pessoa</i>	3	15,8	1	5,3	11	57,9	4	21,1	1,83	0,985			19

Legenda: NS/NR: Não sabe/Não responde; NI: Nada importante; I: Importante; MI: Muito importante; Fr: Frequência; %: Percentagem; M: Média; DP: Desvio padrão;

Mais de 50% das pessoas consideraram importante o enfermeiro explicar a razão dos cuidados e analisar a situação tendo em conta as suas necessidades. Percecionam estas como intervenções de enfermagem, sendo que logo a seguir surgem respostas que as consideram como muito importantes que apresentamos no gráfico seguinte.

Gráfico nº 8 - Ação de enfermagem: Julgamento clínico



Constatamos que a forma como os enfermeiros realizam esta avaliação é sustentada pelos seus conhecimentos e habilidades numa abordagem de coresponsabilidade com a pessoa, no sentido de lhe explicar o porquê dos cuidados. Sabemos que para que haja esta abordagem, tem que haver um conhecimento prévio da situação da pessoa, cujo julgamento clínico emerge como um instrumento crucial tendo como objetivo com o da análise da situação.

“...uma atenção específica...que percepção têm as pessoas da doença ou dos hábitos que têm que são fatores de risco...que fatores sociais podem estar ou não ali a intervir, quando digo sociais, digo económicos...que aspetos de motivação...”FG2

“...é ter a informação do que...aconteceu...o que é que esse colega que está no hospital...preparou do ponto de vista de informação aquela pessoa, que empowerment é que lhe conseguiu dar...o que é que nós conseguimos fazer...”FG1

“...Acrecentou ainda (mostrando os medicamentos do senhor) que neste momento o senhor estava a tomar um diurético para urinar melhor e ficar menos cansado...”OM5

“...nunca deve esquecer que a doença pode ser a mesma, mas as pessoas são todas diferentes portanto mesmo com muita informação terá sempre que perceber muito bem em si como é que este problema o influencia...”OC13

“...Transmitiram confiança...”E2

“...Todo o tipo de informação que os enfermeiros nos possam dar é muito importante...para os resultados que esperamos...”E12

“...Agente fica mais aliviados...o fato de ter mais conhecimentos ajuda-nos...”E17

Também é importante perceber que os enfermeiros desenvolvem este julgamento clínico centrado numa preocupação que emerge não só da dimensão física e biológica da pessoa, mas de forma integrativa sistematizam a informação no sentido de a analisar numa perspetiva humanista, isto é, partindo da dimensão física procuram entender e compreender de que forma a pessoa lida e se apresenta tendo em conta estas questões.

Porque relevamos estes aspetos centrados no tema razão do cuidado de enfermagem, faz todo o sentido analisarmos esta ação nesta perspetiva, para que possamos compreender porque é que os enfermeiros fazem desta forma. Sustentamos esta análise nos conceitos que a enfermagem mobiliza na avaliação da pessoa quer em termos físicos, cognitivos, emocionais, psicossociais e comportamentais e cujo enfoque permite elencar um conjunto de dados que através do julgamento clínico permitem planear intervenções de enfermagem personalizados. Neste caso o julgamento clínico promove a avaliação da pessoa tendo por base a capacidade como agente de autocuidado, que ações desenvolve e que necessidades apresenta e que possam ser colmatadas numa perspetiva de capacitação para a autogestão dos diferentes regimes terapêuticos (Orem, 2001; Cerullo e Cruz, 2010; Amorim e Marcucci, 2011; Silva, 2012; Nogueira e Amendoeira, 2013;).

“...se não vamos estimular esta senhora, ela vai ficar na cama e da cama não vai sair, porque com estes problemas, com esta dificuldade respiratória...”NM17

“...“desconstruir” todos os procedimentos relacionados com a implantação de um pacemaker e/ou substituição de um gerador...”NC10

“...nas primeiras vinte e quatro a quarenta e oito horas não estão recetivos a qualquer tipo de informação, nem vale a pena, as preocupações são outras, quer do doente, quer da família e temos um espaço muito curto para depois podermos intervir sobre os fatores de risco...”FG6

“...Avaliou o pulso da poplítea e pedioso e referiu que tinha pulsos e que lhe parecia ser realmente dos antecedentes de “gota”...”OM4

“...A enfermeira referiu que não estavam muito altos e ao jantar ia tomar um medicamento que ajudava a controlar a tensão...”OM10

“...A enfermeira referiu que estas situações também são influenciadas pela vida que a pessoa tem, a nível pessoal, e profissional...”OC13

A pessoa também ela própria valoriza este conhecimento científico e habilidades do enfermeiro, numa dimensão de extrema importância no processo de cuidados, a sua responsabilidade e a forma como interpreta e percebe esse cuidado e competência por parte do enfermeiro.

“...A explicação ajudou a tranquilizar-me...”E3

“...Responsabilizou-me...”E4

“...Sem uma explicação do que temos ou fazemos estamos um pouco cegos...”E7

“...Quando a enfermeira me falou sobre os meus cuidados para a alimentação foram bons para mim...”E13

“...Nós sentimos que há uma confiança mútua...uma responsabilidade de tudo o que se está a passar...”E15

Ora este juízo clínico por parte do enfermeiro ajuda-o a identificar as necessidades da pessoa centrado numa dimensão humanista do cuidado, mas com sustentação científica em termos de raciocínio numa lógica indutiva, ou seja, parte da pessoa para de seguida planear os cuidados centrados nas necessidades, com base no conhecimento e habilidades que são inerentes às suas competências. Todo este processo desenvolve-se tendo por base a metodologia científica, mesmo que em relação ao processo esta não esteja devidamente identificado, percebemos que a estrutura de análise do processo de cuidados que o enfermeiro desenvolve tem por base este raciocínio e metodologia. A análise da situação da pessoa surge assim como uma intervenção que o enfermeiro e a pessoa identificam e caracterizam como importante no processo de cuidados (Orem,2001; Amendoeira, 2006; Amorim e Marcucci, 2011; Nogueira e Amendoeira, 2013). Demonstramos pelas unidades de registo:

“...continuado não só por mim, mas também a outra colega, íamos passando na passagem de turno sempre o que já tínhamos abordado, para também não sermos muito maçadores, pronto, havia esse cuidado na situação dela...”NM25

“...quando nós temos um contato muito próximo com o doente...temos aqui outro espaço que é preparar...as pessoas para aquilo que possa ser dentro do risco a sua condição de aprendizagem a lidar com esse processo ou eventualmente a evitar...”FG1

“...fundamentado na preocupação com o bem-estar não só físico mas emocional da pessoa, sugerindo os ensinamentos mais próximos da intervenção, para não causar ansiedade...”OC1

“...solicitou as análises, observou os valores da hemoglobina glicosilada, a glicemia, o colesterol e os valores da função renal...”OUSF1

“...Perceber o porquê da situação e de todo o processo...”E2

“...Transmitir e esclarecer mais informação acerca da pessoa...”E3

“...Para passar melhor...tudo o que dizem me tem ajudado...”E11

“...Ao analisar a situação sabe se nós estamos a cumprir ou não...”E12

“...É muito importante aquilo que o enfermeiro faz, torna-se mais fácil para os nossos cuidados de saúde...”E13

“...Deve perceber a maneira como o doente entende as coisas...”E14

A relevância do julgamento clínico no processo de cuidados surge aqui numa dimensão estruturante do raciocínio do enfermeiro para a análise da situação e para uma personalização dos cuidados prestados à pessoa com doença cardiovascular. Conseguimos perceber que a avaliação da pessoa e das necessidades se desenvolve centrada nas capacidades e de que forma o enfermeiro pode trabalhar no sentido da pessoa atingir a autogestão. A evidente mobilização por parte do enfermeiro do julgamento clínico, mas também do “self” por parte da pessoa e daquilo que a mesma demonstra enquanto agente de autocuidado permite que o planeamento seja estruturado de forma integrativa e personalizada, perspetivando os melhores resultados das intervenções de enfermagem (Orem, 2001; Amendoeira, 2006).

Todo este processo se desenvolve tendo como finalidade o planeamento dos cuidados de enfermagem de acordo com a avaliação da pessoa e a análise posteriormente efetuada. No entanto para que possa haver um planeamento de cuidados centrado nas necessidades da pessoa, apesar da análise efetuada, surge uma ação de enfermagem que se torna crucial e que influencia o processo, estamos a referir-nos à **tomada de decisão**. Assume uma relevância no processo pelas repercussões que a mesma pode ter se não houver uma consciência e responsabilidade nas tomadas de decisão levadas a cabo pelo enfermeiro, mas também na forma como a pessoa partilha e percebe a informação e os cuidados que lhe são propostos.

Existe uma relação mútua de responsabilidade, o enfermeiro tem um nível de responsabilidade centrado nos conhecimentos científicos e habilidades que o tornam competente para intervir de acordo com a situação da pessoa. A pessoa deve ser responsável pela partilha de informação importante para a sua recuperação e bem-estar, mas também numa dimensão de conhecimento de si e do que percebe no dia-a-dia que pode influenciar a saúde.

Esta dualidade de responsabilidades permite ao enfermeiro na tomada de decisão enveredar pela decisão partilhada cujos resultados para a pessoa serão provavelmente reconhecidos como ganhos em saúde. Podemos inferir que o conceito de concordância emerge nestas questões e integra esta perspetiva na relação entre enfermeiro e pessoa (Williams, Manias, Walker, 2008 citando Haynes, 2005; Brunton, 2011).

Consideramos a tomada de decisão enquanto ação de enfermagem e que se caracteriza tendo por base as seguintes intervenções de enfermagem:

Priorizar os cuidados

Validar a prioridade dos cuidados

Planear os cuidados de enfermagem de acordo as necessidades

Em relação a estas intervenções, a validação da prioridade dos cuidados não apresenta por parte da pessoa um resultado relevante, ou seja, a maior parte das pessoas 73,7% respondeu no item do não sabe/não responde. Nesta dimensão a pessoa tendo como consideração o cuidado desenvolvido pelo enfermeiro, não consegue ainda identificar de forma plena aquilo que o enfermeiro decide ao prestar os cuidados. Claro que tendo como princípio que o enfermeiro é um profissional habilitado para avaliar, planear, implementar mobilizando o julgamento clínico para as suas tomadas de decisão, consideramos que como enfermeiros ainda não conseguimos demonstrar às pessoas que a tomada de decisão e as ações que desenvolvem de acordo com esta, levam a que haja a necessidade de priorizar e de validar sempre os dados para um planeamento cujos resultados possam ser percebidos pela pessoa como ganhos em saúde. Podemos constatar na tabela estas afirmações.

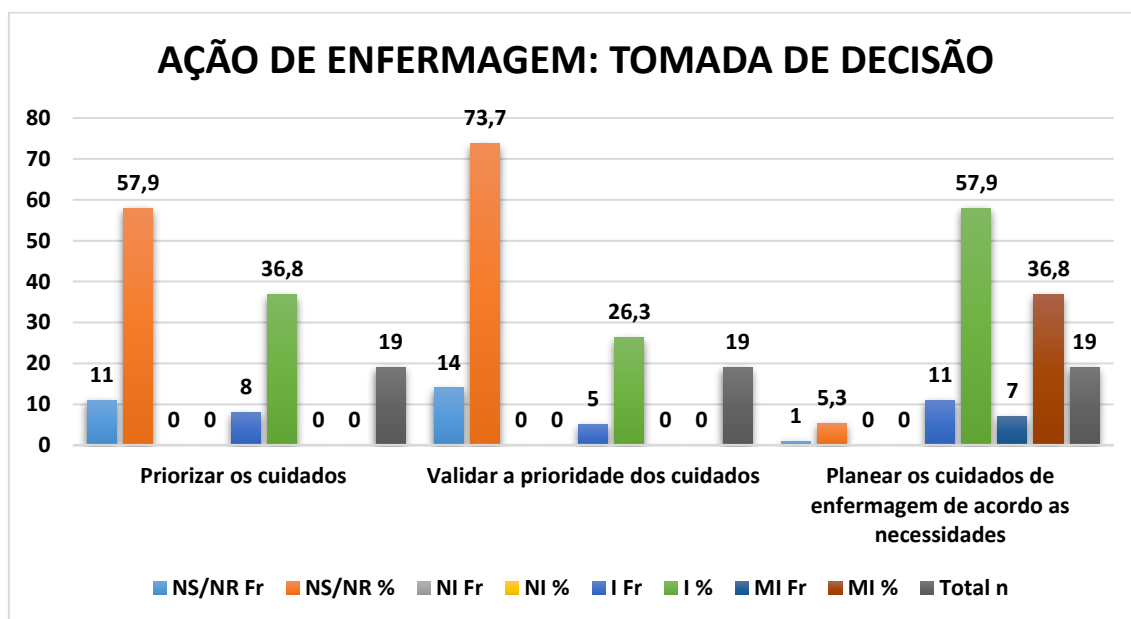
Tabela nº 7 – Ação de enfermagem: Tomada de decisão

Intervenções	Opções		NS/NR		NI		I		MI		M	DP	Total N
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%			
<i>Priorizar os cuidados</i>	11	57,9	-	-	8	36,8	-	-	0,78	1,003	19		
<i>Validar a prioridade dos cuidados</i>	14	73,7	-	-	5	26,3	-	-	0,44	0,856	19		
<i>Planejar os cuidados de enfermagem de acordo as necessidades</i>	1	5,3	-	-	11	57,9	7	36,8	2,28	0,752	19		

Legenda: NS/NR: Não sabe/Não responde; NI: Nada importante; I: Importante; MI: Muito importante; Fr: Frequência; %: Percentagem; M: Média; DP: Desvio padrão;

Ao analisarmos os dados percebemos que em relação às intervenções de enfermagem apresentadas, as pessoas relevam de forma significativa com 57,9% o planejamento dos cuidados. Segundo o gráfico podemos verificar estas questões.

Gráfico nº 9 - Ação de enfermagem: Tomada de decisão



Mais uma vez contemplamos nesta ação um fio condutor no que diz respeito às intervenções que a enfermagem, isto é, a forma como o enfermeiro atua demonstra uma organização estruturada com a preocupação de poder ter dados que lhe permitam tomar a decisão de forma responsável e indo ao encontro das necessidades da pessoa. Sendo importante que esta organização demonstre a centralidade da pessoa no que diz respeito à definição de *prioridades dos cuidados a prestar*.

“...Liguei para o centro de saúde falei com a enfermeira da extensão, expliquei a situação e a colega de lá ficou de avaliar, de acompanhar a situação, tendo em conta que ela estava com estes problemas...”NM25

“...momentos de orientação e avaliação...falamos de hábitos...podemos falar de hábitos alimentares...hábitos...estes aspetos que são fundamentais...quando se faz uma avaliação do doente...”FG2

“...tive oportunidade de validar ao longo dos dias de internamento, para poderem participar ativamente na gestão do regime terapêutico instituído...”NC10

“...Não havia nada a fazer, não posso mudar o comportamento de quem não quer. Mas, talvez por descargo de consciência da minha parte, senti necessidade de informá-lo, ainda que de forma breve os riscos de saúde que corria...”NUSF5

“...o senhor tinha como medicação um comprimido de varfarina, foi buscar um folheto informativo sobre os cuidados a ter com a toma do mesmo, a intenção era realizar ensino à pessoa sobre os cuidados e dar-lhe o folheto...”OM5

“...o enfermeiro decidirá qual a melhor altura de acordo com a evolução da sutura operatória...”OC11

Podemos inferir que a tomada de decisão por parte do enfermeiro se constitui como um instrumento do cuidado pelo fato de ser mobilizada como uma ação que permite planejar cuidados personalizados. No entanto também surge como relevante ao longo do processo no âmbito da prestação de cuidados, uma vez que muitas situações exigem do enfermeiro uma tomada de decisão que podemos afirmar ser dinâmica tendo em conta a situação clínica da pessoa e que o leva a refletir de acordo com os valores, conhecimentos, contexto e cultura organizacional face às necessidades da pessoa para assim decidir. Constatamos que na base da tomada de decisão surge um domínio do enfermeiro cuja racionalidade está presente e que se relaciona mais com o conhecimento científico e a objetividade da avaliação da pessoa. A outro domínio centra-se na intuição e sensibilidade do enfermeiro, cuja experiência e valores humanistas permite a tomada de decisão nestes dois polos, tendo a sua relevância na promoção, validação, prioridade, envolvimento e planeamento dos cuidados centrados nas necessidades reais da pessoa (Perroca, 1997; Corrêa, 2003; Fonseca, 2006; Nunes, 2006; Dutra, 2013).

Como verificamos o enfermeiro toma decisões que estão intimamente ligadas com as necessidades da pessoa com doença cardiovascular, no sentido de as poder capacitar para a autogestão dos diferentes regimes terapêuticos. Percebemos que a intervenção de enfermagem só produz resultados se a pessoa se sentir envolvida no processo de tomada de decisão, se perceber que o enfermeiro tem em conta as suas necessidades, pelo que a **validação dos cuidados** com a mesma se torna importante. Esta validação com as pessoas

participantes, apesar de representarem em termos de amostra uma percentagem pouco significativa nesta questão, os que responderam na sua justificação demonstraram a sua importância.

“...Eu mantive a minha posição e disse que esta senhora precisa muito é de ser estimulada...”NM17

“...Por estes motivos, optou-se por fazer estes ensinios à esposa, de forma a tentar garantir um ambiente o mais seguro possível no domicílio...”NC13

“...Cumprimentou-o e informou que iria avaliar a tensão arterial porque o senhor apresentava hipotensão...”OM6

“...Naquela altura é a nossa necessidade/nossa preocupação se não ficar resolvida mais nada fica...”E1

“...Quando temos um problema...é importante que a pessoa se interesse...”E5

“...Todos os males têm as suas prioridades e isso é importante...”E9

“...Quando há outra coisa que me está a preocupar...o enfermeiro percebe que há outra coisa...às vezes mais do que saber como está a tensão, o pé...isso é importante...mas saber como estamos nós também é muito importante...”E11

“...Muitas vezes até conseguem perceber coisas que os doentes não se apercebem...”E7

A tomada de decisão integra então as intervenções que referimos, posteriormente a uma análise da situação onde o racional e o intuitivo se conjugam de forma a haver uma **priorização dos cuidados** que devem ser **validados** com a pessoa no sentido de atingir resultados, mas tendo em conta as crenças, valores e necessidades da pessoa. Consideramos que estas intervenções permitem ao enfermeiro de acordo com os conhecimentos e habilidades tomar as decisões cuja singularidade da pessoa possa estar integrada e seja, por conseguinte, aquilo que o mesmo mobiliza e transfere para o **planeamento dos cuidados** de enfermagem. Este planeamento tem que espelhar uma análise reflexiva da avaliação da situação da pessoa numa perspetiva de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem percecionados pela mesma.

“...Mentalmente procurava a melhor maneira de o abordar e perceber o porquê daquela atitude inicial...”NUSF5

“...É necessário proporcionar a informação necessária no âmbito da educação para a saúde para que as decisões sejam tomadas em consciência...”NUSF8

“...as decisões do planeamento das Intervenções de enfermagem e tendo em conta a avaliação que realizam ao longo do processo de cuidados...”OC1

“...preocupação em compreender como neste momento a pessoa está a fazer as refeições, se tem falta de apetite, se consegue comer várias vezes ao dia...”OUSF6

“...O enfermeiro concordar com o doente se está correto o que tem estado a fazer segundo as indicações que lhe tem dado...”E1

“...Ter em conta os problemas das pessoas e satisfazer as suas necessidades...”E5

“...Senti que isso aconteceu...senti mais segurança nos cuidados...”E5

“...Têm mais conhecimentos e atuam de forma mais estruturada...”E10

“...Ao planear os nossos cuidados sabe mais para resolver os nossos problemas...”E11

O tema instrumentos que suportam o cuidado traduz assim um conjunto de ações e intervenções de enfermagem centradas quer na perspetiva do enfermeiro quer na valorização por parte da pessoa. Compreendemos neste processo que o enfermeiro na avaliação que desenvolve preconiza desde o seu início perceber a pessoa enquanto agente de autocuidado, com ações e comportamentos de autocuidado. Estes permitem um conjunto de informações que se constituem como uma base de dados cuja análise se traduz em tomadas de decisão baseadas quer nos conhecimentos científicos, quer nas necessidades da pessoa e na relação entre estas e as capacidades da mesma em desenvolver as ações de autocuidado para colmatar essas necessidades. O resultado do planeamento de cuidado de enfermagem deve contemplar as intervenções que tenham em conta as necessidades terapêuticas de autocuidado que a pessoa não consegue por si só realizar (Meleis, 1991; Orem, 2001; Silva, 2010, 2012;).

Também importa compreendermos que a capacitação da pessoa para a autogestão dos diferentes regimes terapêuticos obedece a algumas dimensões centradas na pessoa, isto é, a consciência que apresenta da situação de saúde doença, da conceção de saúde, dos conhecimentos que já possui face à situação. Falamos do “*self*” (Orem, 2001), cuja relevância na avaliação que o enfermeiro realiza deve ser contemplado, para que haja uma sintonia em relação às necessidades sentidas e percebidas por ambas partes. A forma como a pessoa desenvolve o seu “*Self*” influencia a capacidade para perceber se estão ou não presentes os requisitos de autocuidado, centrados neste estudo essencialmente a nível dos de desenvolvimento e desvio de saúde, o que se relaciona com os domínios cognitivos, físico, emocional e psicossocial e comportamental, assim como quais os fatores condicionantes básicos que estão ou não a influenciar as suas capacidades para autogestão (Orem, 2001).

No sentido de sistematizar a síntese em relação a este domínio apresentamos o diagrama esquemático em continuidade com o anterior tema:

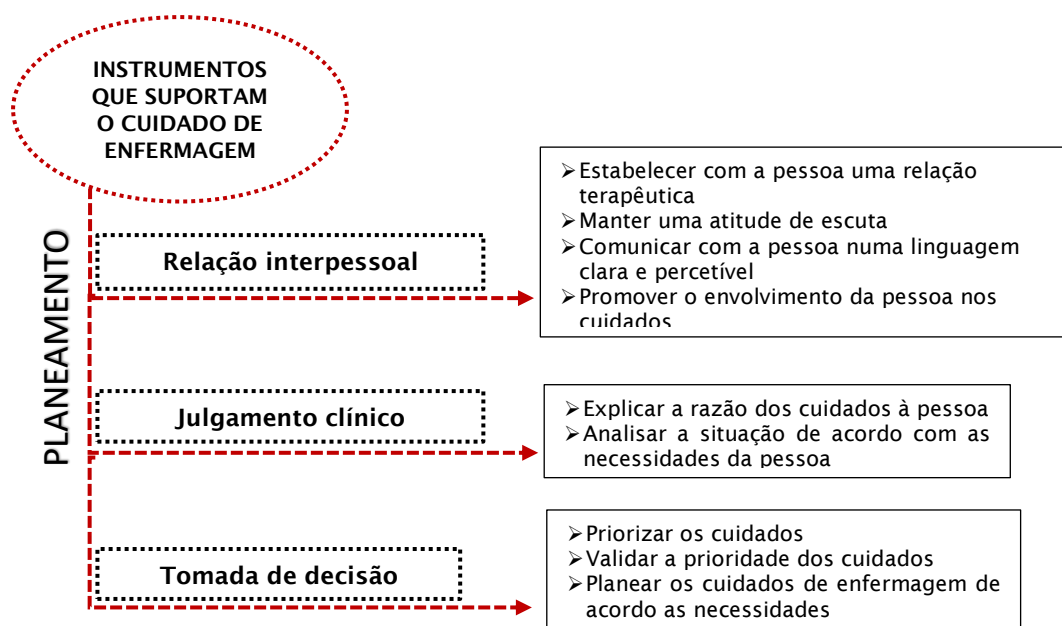


Figura nº 5 - Instrumentos que suportam o cuidado de enfermagem - Ações e intervenções de enfermagem

Este tema contribui para integração de conceitos centrados na dimensão relacional do cuidado, associados à racionalidade e cientificidade a nível do conhecimento e a uma enfermagem individualizada através do planeamento dos cuidados. No entanto corroboramos algumas das reflexões que foram sendo explanadas neste tema e que são um contributo para esta conceção. Quando o enfermeiro assume na sua prática clínica uma ação de enfermagem como um cuidado imprescindível para poder desenvolver uma avaliação e consequente planeamento - a relação interpessoal, podemos afirmar que a essência do cuidado por si só baseado nesta ação se situa num paradigma onde o respeito pelos valores e crenças da pessoa integram o cuidado de enfermagem enquanto conceito.

Em simultâneo constatamos que esta ação de enfermagem caracteriza-se pela transversalidade no processo de cuidados. Integrar este tema deve-se ao fato de ter um estatuto de ação de enfermagem, mas ser mobilizada também como uma forma de cuidado a ter nos outros cuidados, isto é, confirmamos que em todas as ações de enfermagem identificadas a relação interpessoal está presente, no sentido da sua execução e é também valorizada pelas pessoas pois permite ao enfermeiro ter cuidado nas intervenções que executa.

Por outro lado, os conhecimentos científicos mobilizados pelo enfermeiro são entendidos como uma forma de competência, mas sempre associados a uma dimensão relacional. A competência no julgamento clínico e na tomada de decisão é influenciada pela forma como o enfermeiro executa as intervenções que traduzem a ação de enfermagem relação interpessoal. Verificamos que a mesma contribui para uma avaliação e planeamento centrados na singularidade da pessoa e assim poder traduzir-se numa enfermagem individualizada na promoção da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos.

3.3 - O CUIDADO EM SI MESMO

No âmbito do processo de cuidados consideramos o tema **o cuidado em si mesmo** como aquele que traduz as ações e intervenções de enfermagem que de acordo com o enfermeiro e a pessoa vão permitir a promoção e capacitação para a autogestão dos diferentes regimes terapêuticos na pessoa com doença cardiovascular.

Quadro nº 13 - O cuidado em si mesmo

DIMENSÕES	CATEGORIAS	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO			
		N	FG	OP	E
Capacitação para autocuidado	Informar sobre os cuidados a ter no dia-a-dia	447			
	Ensinar a pessoa de acordo com as necessidades				
	Validar com a pessoa a informação dada sobre os cuidados				
	Estabelecer com a pessoa metas possíveis de serem atingidas				
	Elogiar as capacidades demonstradas da pessoa				
Documentação do cuidado	Registar os cuidados prestados à pessoa	183			
	Validar com a pessoa os registos anteriores antes de prestar cuidados				
	Partilhar a informação da pessoa entre os profissionais				
	Enviar a informação da pessoa que garante a continuidade dos cuidados				

Constatamos que posteriormente à avaliação e planeamento surge então um conjunto de ações e intervenções de enfermagem devidamente estruturadas como temos vindo a perceber tendo em conta a perspetiva do enfermeiro e a valorização por parte da pessoa dessa mesma estruturação e planeamento. Primeiramente identificamos a ação de enfermagem **Capacitação para o autocuidado** e elencamos um conjunto de intervenções no sentido de a operacionalizarmos:

Informar sobre os cuidados a ter no dia-a-dia

Ensinar a pessoa de acordo com as necessidades

Validar com a pessoa a informação dada sobre os cuidados

Estabelecer com a pessoa metas possíveis de serem atingidas

Elogiar as capacidades demonstradas da pessoa

Para que o enfermeiro possa capacitar a pessoa, tem que mobilizar o conhecimento da mesma e em complementaridade com os seus conhecimentos científicos e habilidades intrínsecas intervir de acordo com as necessidades terapêuticas de autocuidado identificadas e devidamente analisadas no seu todo, ou seja, perceber que informações a pessoa tem, como as integra e mobiliza, quais os comportamentos de autocuidado que apresenta e as ações que desenvolve enquanto agente de autocuidado (Orem,2001).

Constatamos que todas as intervenções de enfermagem são valorizadas pela pessoa, acima dos 50%. Estes dados vêm consubstanciar as ações que definimos, uma vez que são legitimadas pela pessoa que usufrui das mesmas e lhes atribui importância, ou seja, na sua perceção considera-as como promotoras do seu autocuidado, mais especificamente capacita-a para a autogestão dos diferentes regimes terapêuticos. Apresentamos sob a forma de tabela os resultados da valorização por parte da pessoa das intervenções que definimos nesta dimensão.

Tabela nº 8 – Ação de enfermagem: Capacitação para o autocuidado

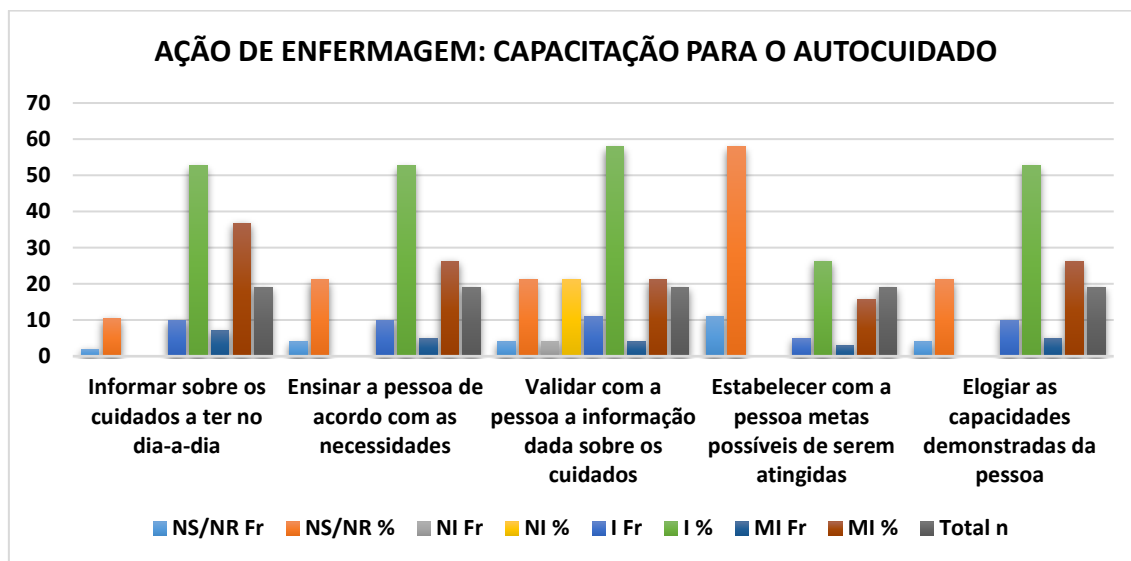
Opções Intervenções	NS/NR		NI		I		MI		M	DP	Total N
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%			
<i>Informar sobre os cuidados a ter no dia-a-dia</i>	2	10,5	-	-	10	52,6	7	36,8	2,17	0,924	19
<i>Ensinar a pessoa de acordo com as necessidades</i>	4	21,1	-	-	10	52,6	5	26,3	1,83	0,924	19

Validar com a pessoa a informação dada sobre os cuidados	4	21,1	4	21,1	11	57,9	4	21,1	1,78	1,060	19
Estabelecer com a pessoa metas possíveis de serem atingidas	11	57,9	-	-	5	26,3	3	15,8	0,94	1,259	19
Elogiar as capacidades demonstradas da pessoa	4	21,1	-	-	10	52,6	5	26,3	1,78	1,060	19

Legenda: NS/NR: Não sabe/Não responde; NI: Nada importante; I: Importante; MI: Muito importante; Fr: Frequência; %: Percentagem; M: Média; DP: Desvio padrão;

Em relação ao estabelecer metas possíveis de serem atingidas emergem respostas da pessoa com uma menor percentagem no nível importante e muito importante. Consideramos que este fato centra-se nas vivências das pessoas no processo de saúde doença cuja autoconfiança ainda não permite percecionarem esta intervenção como importante ou muito importante, daí verificarmos que a maior percentagem das respostas situa-se no nível do não sabe/não responde, podemos inferir que as pessoas ainda não assumem ou não conseguem avaliar esta intervenção como importante para a capacitação da autogestão.

Gráfico nº 10 - Ação de enfermagem: Capacitação para o autocuidado



Portanto quando falamos de capacitar a pessoa, temos que a dotar de conhecimentos e informações para que esta possa aprender, integrar e posteriormente mobilizar enquanto cuidado no dia-a-dia. Estes conhecimentos têm que ser proporcionados de acordo com as capacidades, necessidades e fatores condicionantes básicos que a pessoa apresenta. Assim definimos como intervenções relevantes na capacitação para o autocuidado, ***informar a pessoa sobre os cuidados a ter no dia-a-dia e ensinar a pessoa de acordo com as necessidades***, que surgem da razão e dos instrumentos que suportam o cuidado

de acordo com o enfermeiro e a pessoa que as valoriza também como importantes. De salientar que estas intervenções são planeadas tendo por base a pessoa e os dados da avaliação. Quando falamos de ensino, constatamos e integramos as várias formas de transmitir e informar a pessoa, num determinado contexto e finalidade, onde surge ao longo do processo e referenciado pelos enfermeiros, o ensino de forma individual, em grupo e através de informação escrita. Neste sentido a informação e o ensino como um cuidado são assumidos quer pelos enfermeiros, quer pela pessoa.

“...Feito ensino e o Sr começou a treinar a dissociação dos tempos respiratórios...”NM18

“...entreguei os panfletos sobre a alimentação do hipertenso...um panfleto sobre a toma do varfine, a necessidade de autovigilância do tempo de coagulação...ir sempre às consultas médicas, porque havia essa necessidade de controlo...e...escrever numa folhinha os valores e mostrar...”NM20

“...Nesta sessão de ensino em grupo sobre “ Como viver com um pacemaker” abordaram-se aspetos gerais...os procedimentos aos quais os utentes serão submetidos desde a sua entrada no serviço até á data da alta clinica...”NC10

“...Ensinar o que é que os doentes podem fazer no seu dia-a-dia, o que é que eles podem fazer...incentivar...em casa o que é que pode fazer, o que é que pode não fazer, para chegar...o que...facilitar...capacitá-lo para fazer coisas que já não era possível fazer...e é ensinar o que é que tem que fazer, como fazer...”FG6

“...O reforço constante, sobre o exercício, a alimentação, os medicamentos...”E1

“...Mesmo hoje sigo o que me disseram sobre os medicamentos, autovigilância, dieta...”E2

“...Porque com esses cuidados do dia-a-dia o doente está sempre mais esclarecido...”E11

“...Tenho um aparelho (PMD) que não sabia nada e não sabia lidar com ele, assim estou informada e sei que não estou a prejudicar-me Relembaram-me a alimentação sobre o sal e as gorduras...”E3

“...Fiquei mais confiante...com mais segurança...estou a cuidar da minha saúde...”E3

“...Tem sido bom...tenho cumprido tendo em conta estes ensinamentos...”E7

“...Revisitar a informação...”E1

“...Às vezes sinto necessidade e vou validar ao folheto...”E1

Perante os dados anteriores compreendemos a importância destas intervenções enquanto contributos para a pessoa se sentir mais capacitada para autogestão dos diferentes regimes terapêuticos. De acordo com as afirmações registadas de ambos os intervenientes no processo, esta dimensão é trabalhada pelo enfermeiro com a pessoa com o objetivo de a capacitar para o dia-a-dia enquanto agente de autocuidado desenvolvendo comportamentos e ações de autocuidado de acordo com as necessidades sentidas e percebidas. Ainda em relação à

pessoa relevamos a importância que atribui à consciencialização que estas intervenções promovem face à situação de saúde doença, podemos mesmo afirmar que o “self” (Orem,2001) emerge aqui como um conceito que contribui para que a pessoa integre e mobilize para o dia-a-dia cuidados que até à data não tinha percebido que deveria fazer ou alterar tendo em vista o bem-estar.

“...Há coisas que podíamos fazer inconscientemente e agora não fazemos...”E8

“...Sinto-me mais esclarecido... tem-me ajudado no dia-a-dia...”E10

“...Alerta-nos para certas coisinhas...coisinhas muito simples que nós não percebemos que pode ser assim...”E1

“...Para a nossa orientação...há muitas coisas que nós não sabemos...ainda hoje há coisas que me dizem que me ensinam...elas estão sempre a dar conselhos...”E3

“...Temos uma doença...ajuda-nos...a doença já não é o foco principal...porque nos ajuda a trabalhar...põe-nos alerta o que pode acontecer se não tivermos esse cuidado...é quase a voz da consciência...”E14

Em relação ao ensino temos que o contextualizar enquanto intervenção de enfermagem, ou seja, não podemos olhar para este conceito apenas num sentido unidirecional de transmissão de conhecimentos, do enfermeiro como transmissor e a pessoa como recetor. Quando consideramos o ensino estamos a mobilizar todos os domínios inerentes a cada pessoa, o físico, o cognitivo, emocional, psicossocial e comportamental, através dos quais esta pode desenvolver habilidades, conhecimentos e as capacidades que promovem uma aprendizagem (Orem, 2001). No entanto, esta aprendizagem só ocorre se no processo de cuidados na dimensão da avaliação, o enfermeiro os equacionar como relevantes para o planeamento e para a intervenção. Também e de acordo com estes domínios podemos constatar que, para que haja aprendizagem tem que haver demonstração dos cuidados a ter e treino dos mesmos por parte da pessoa, para posteriormente poder afirmar-se que foi efetuado ensino e que este se traduz em capacitação da pessoa. Aliás todos estes aspetos constituem-se como estratégias que são desenvolvidas no âmbito da educação para a saúde, uma das dimensões importantes em conjunto com a prevenção e proteção da saúde que integram o conceito major, a promoção da saúde (Jesus, 2004; Fonseca, 2006; Sousa Carvalho, 2007).

Centrado neste paradigma de educação para a saúde tendo como finalidade a capacitação da pessoa, emergem alguns dados que relevam realmente a importância destas questões. Constatamos mesmo que quer o enfermeiro, quer

a pessoa valorizam estas estratégias como intervenções de enfermagem que contribuem para essa capacitação.

“...planeei mobilizando a assistente operacional por exemplo promover a ida ao WC durante três ou quatro vezes por turno...”NM16

“...treino sobre uso de dispositivos auxiliares de marcha” (andarilho) e “executado treino de postura corporal frente ao espelho...”NM21

“...Podem estar intervenções no âmbito do informar...informar só...mas também ao nível do treinar capacidades e aprendizagens...depois tem que se adaptar a cada situação, a cada individualidade...”FG10

“...Ao falar destes cuidados foi exemplificando os movimentos e foi justificando o porquê destes cuidados...”OC11

“...pedir para a pessoa fazer e experimentar (TREINAR)...” OUSF3

“...Ao observar como devia fazer ficava a perceber melhor...”E1

“...Ficava mais preparado para depois em casa...”E3

“...O exemplo da medicação, fiquei a saber muito mais...”E8

“...Fiquei a perceber na autoadministração de insulina, o tempo de espera entre a punção, a administração e o retirar da agulha...”E12

“...Porque fiquei mais capaz...mais seguro...faço-o mais à vontade...”E14

Posteriormente para que realmente possamos afirmar que a pessoa integrou os cuidados que foram demonstrados e treinados para os colocar em prática no dia-a-dia, há necessidade de **validar** se os ensinamentos e as estratégias associadas produziram resultados, ou seja, podemos aqui mobilizar o conceito de transição de Meleis (1991). Fazemo-lo na perspetiva de compreender a pessoa que passa por processos de transição, sendo que no âmbito da saúde a autora designa de transição de saúde/doença. Portanto todas as ações de enfermagem que mobilizam intervenções como o ensino, demonstração, treino podem contribuir para que a pessoa adote comportamentos de autocuidado definitivos que sejam integrados como hábitos e, portanto, considerados como uma transição saudável (Meleis, 1991). Para que haja realmente esta condição, ou seja, para afirmarmos que a pessoa integrou os cuidados como um hábito, ou se não, o porquê de não ter integrado, o enfermeiro necessita de **validar** de que forma foram percebidos esses cuidados e poder assim planear intervenções no âmbito do elogiar ou reformular.

“...Têm sido mantidos contactos para ensino/alerta... manutenção de peso adequado...alimentação equilibrada...aumento de ingestão hídrica...prática de actividade física adequada às limitações motoras...manutenção da toma da terapêutica prescrita...riscos decorrentes da manutenção dos hábitos ”NUCC2

“...aí nós ensinamos mesmo os doentes em muitas coisas, no seu dia-a-dia, em relação às suas atividades de vida...”FG6

“...Validou o porquê de lhe estar a explicar isto...”OC9

“...Quando não percebia perguntava e eles explicavam Para saber se tinha entendido, se precisava de mais alguma explicação...”E2

“...Para ficar mesmo esclarecido...para não ficar com dúvidas...”E15

“...Para ficar mais seguro do que fazer...”E19

Após a validação de toda a informação e dos ensinamentos que foram realizados cuja concordância face aos cuidados é vinculada, uma outra intervenção que é relevada pelos intervenientes no processo de cuidados centra-se no **estabelecimento de metas** para atingir os resultados esperados em relação às intervenções realizadas, cuja operacionalização integra a ação de enfermagem capacitação para o autocuidado. Quando mobilizamos o conceito de concordância no âmbito da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos estamos também a fundamentar a centralidade da pessoa no processo de cuidados (Williams, Manias, Walker, 2008 citando Haynes, 2005; Brunton, 2011).

O estabelecer metas no processo de cuidados constitui-se como uma das intervenções cuja centralidade da pessoa é crucial para atingir resultados em enfermagem. Este processo é dinâmico, importa compreendermos que não basta apenas o enfermeiro planear um conjunto de intervenções devidamente estruturadas de acordo com os conhecimentos que possui e aquilo que considera ser importante realizar com a pessoa, se esta não se sentir envolvida naquilo que se pretende atingir. Pelo contrário se houver a preocupação de estabelecer metas com a pessoa em relação à sua capacidade para a autogestão dos diferentes regimes terapêuticos, estas podem ser avaliadas quer pelo enfermeiro, quer pela pessoa para poderem manter ou reformular as ações e até as metas, para que se constituam resultados em enfermagem. Podemos articular com a dimensão da educação para a saúde referenciada anteriormente (Jesus, 2004; Fonseca, 2006; Sousa Carvalho, 2007).

Esta intervenção está muito relacionada com o fato de haver uma centralidade nas necessidades da pessoa e tendo em conta a problemática do estudo, compreendermos as capacidades da mesma para a autogestão, pelo que faz-nos sentido mobilizar dois tipos de educação para a saúde enunciados por Ewles e Simnett (1999) que nos ajuda nesta compreensão, *educacional e centrada no cliente* – sendo a primeira baseada nos fatores que influenciam a saúde e na informação acerca das causas e efeitos dos mesmos, numa dimensão de

capacitar através dos valores e atitudes como o direito individual de livre escolha em sintonia com a responsabilidade dos profissionais de saúde na identificação de objetivos educacionais, para uma vida saudável. A segunda, assenta na identificação por parte da pessoa em questões da saúde, escolhas e atividades tendo em vista a sua capacitação. Considerada no processo como um parceiro, com o direito de estabelecer metas em termos das atividades propostas, ou seja, promove a auto capacitação da pessoa (Jesus, 2004; Sousa Carvalho, 2007). Numa relação próxima com o conceito de agente de autocuidado, constatamos que estas questões da capacitação da pessoa só poderão ser exequíveis se houver um trabalho em conjunto onde a avaliação por parte do enfermeiro e as capacidades de resposta demonstradas pela pessoa se conjugam no sentido do estabelecimento destas metas, onde também o conceito de “self” tem uma grande relevância, uma vez que é através deste que a pessoa se propõe atingir ou não as mesmas (Orem, 2001; Williams, Manias, Walker, 2008 citando Haynes, 2005; Brunton, 2011).

“...falei...sobre a situação, falei-lhe da terapêutica que levava, expliquei-lhe sucintamente a terapêutica...”NM25

“...Assumimos em conjunto um compromisso terapêutico negociando objetivos e tentando dotar o utente com as armas, estratégias e recursos necessários para fazer face a doença...”NUSF7

“...ao realizar ensinios é sempre fundamental fornecer opções que se adaptem ao estilo de vida, horários, ambiente familiar do utente...”NUSF8

“...É imperativo dar aos utentes a informação adequada de modo a poderem atuar de forma consciente acerca dos comportamentos e estilos de vida que pretendem adotar aderindo ao plano terapêutico com sucesso...”NUSF8

“...negociar a diminuição do consumo do tabaco para metade até à próxima consulta...” OUSF1

“...estabelecer um objetivo em relação ao peso para a próxima consulta...” OUSF3

“...Senti que estavam a ter em conta as minhas dificuldades...”E2

“...O médico é importante porque trata, mas o enfermeiro apoia...”E3

“...Ficamos ambos contentes quando essas metas são atingidas...as metas são importantes...”E8

Percebemos assim que a pessoa valoriza o fato de poder estabelecer metas e sentir uma maior motivação para as atingir. No entanto este processo conjunto também promove na pessoa alguma confiança e tranquilidade na relação interpessoal com o enfermeiro, uma vez que as metas traçadas permitem numa próxima avaliação perceberem se foram ou não atingidas e se não foram haver

uma abertura para o desenvolvimento de estratégias que possam ser delineadas e para que sejam realmente alcançadas. Por isso considerarmos ao nível dos instrumentos que suportam o cuidado de enfermagem haver uma transversalidade dos mesmos em relação ao processo de cuidados, uma vez que a relação que o enfermeiro e a pessoa estabelecem, influencia a implementação dessas metas como cuidado e consequentemente o que se pretende como resultados do mesmo. Sendo este trabalho desenvolvido no âmbito das intervenções de enfermagem promotoras da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos faz-nos sentido desenvolver uma abordagem pela positiva. Pretendemos identificar e caracterizar as intervenções de enfermagem que promovem esta capacitação na pessoa, reforçada nas seguintes afirmações:

“...a realização de um planeamento adequado, através de um estabelecimento inicial de uma relação de confiança e posteriormente estabelecimento de numa pareceria, definindo metas coerentes e adequadas (apoiadas nas suas escolhas pessoais)...”NUSF8

“...Lembro-me sempre do que os enfermeiros falavam comigo, ajuda-me ainda hoje...”E4

“...Encaramos melhor...às vezes ajuda-nos até a ir por esse caminho (uma vida melhor)...”E8

“...Às vezes as pessoas acanham-se de falar...uma chamada de atenção do enfermeiro a perguntar se está tudo esclarecido...é importante...”E10

“...A comunicação é importante... sempre que se fale positivamente...ajuda sempre as pessoas...”E1

“...Fiz sozinho com supervisão Senti mais apoio, mais segurança para depois fazer sozinho...”E2

“...Sinto-me mais capaz, com mais à vontade a fazer porque sei como é...”E12

Na capacitação para o autocuidado definimos como última intervenção a implementar ***elogiar as capacidades demonstradas da pessoa***. Num processo de cuidados dinâmico apesar de estarmos a analisar os resultados de forma sequencial, mas integrada tendo em conta a pessoa, existem intervenções que no seu âmago podem levar-nos a pensar que estamos a avaliar os cuidados prestados ou as respostas da pessoa aos mesmos. Compreendemos, no entanto, que apesar de haver uma estrutura organizada em relação ao processo de enfermagem, este caracteriza-se por ser dinâmico e haver uma inter-relação entre as etapas. Assim quando estamos a planear uma intervenção no âmbito do elogiar, não significa que estejamos apenas a avaliar naquela dimensão, ou seja, é um processo contínuo e cíclico. Elogiar a pessoa é, portanto, uma intervenção

que contribui para a capacitação da pessoa na autogestão dos diferentes regimes terapêuticos.

“...elogiou a pessoa por ter esta atitude, referindo que era muito bom ter esta vontade...”OM2

“...Elogiou o esforço e motivação da pessoa...”OUSF1

“...A enfermeira elogiou a pessoa pelos cuidados e resultados que apresenta...”OUSF6

“...Aumenta a minha autoestima...”E1

“...Acaba por nos fazer sentir mais confiantes...demonstração do que foi a evolução...”E6

“...No geral e pessoal...quando alguém reconhece a luta que estamos a ter, anima o nosso ego, dá-nos mais força...”E13

“...Fico contente e satisfeito para continuar a fazer e até a melhorar se possível...”E16

Em relação à capacitação para o autocuidado consideramos que todas as intervenções analisadas promovem na pessoa a autogestão dos diferentes regimes terapêuticos. Afirmamos que todo o processo de cuidados implementado pelo enfermeiro de acordo com as necessidades da pessoa e tendo em conta os conhecimentos, valores e atitudes traduz-se em resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem com ganhos em saúde percecionados e referidos pela pessoa.

“...Ajudou-me praticamente em saber o que fazer melhor...”E10

“...Fiquei mais preparado...com mais capacidade...”E12

“...Antes não sabia o que comer e como comer e agora já sei...”E14

“...A dieta de vez em quando...vou ler e reforçar os cuidados...”E7

“...Estar com mais capacidade para resolver um problema...tenho mais cuidado...”E5

Relevamos que estas intervenções são concomitantemente referenciadas pelo enfermeiro, mas também pela pessoa que usufrui das mesmas. Verificamos que a pessoa tem consciência das suas capacidades e dos fatores que influenciam o seu quotidiano, ou seja, por vezes tendo em conta a situação de saúde/doença os comportamentos e ações de autocuidado não são realizadas de forma a manter ou restabelecer a saúde, quer pela influência dos fatores condicionantes básicos e também os requisitos de autocuidado que não consegue mobilizar nesse sentido. A enfermagem tem aqui um papel importante não numa

perspetiva da sua substituição, mas sim da promoção das capacidades na pessoa para a autogestão (Orem, 2001; Silva, 2012).

Contextualizarmos esta ação de enfermagem integrada no tema do cuidado em si mesmo, permite-nos inferir que todas as intervenções centradas na pessoa no que diz respeito à educação para a saúde e numa relação próxima com o referencial teórico mobilizado, que a teoria de sistemas de Orem (1995) mais especificamente a de apoio e educação têm neste tema uma relevância para a evidência destes cuidados face à pessoa com doença cardiovascular (Jesus, 2004; Fonseca, 2006; Sousa Carvalho, 2007; Williams, Manias, Walker, 2008 citando Haynes, 2005; Brunton, 2011; Silva, 2010, 2012, Amendoeira et al, 2013).

Passamos agora a uma outra ação de enfermagem integrada no mesmo tema que definimos de **documentação do cuidado**. Esta ação pode levar-nos a pensar que falamos de registos; quando analisamos os dados compreendemos que existem intervenções cujo resultado integra uma dimensão importante dos cuidados, isto é, a documentação do cuidado como forma de garantir a informação, a validação e a partilha do cuidado. Portanto, não estamos simplesmente a falar de registos enquanto informação escrita e estruturada para continuidade de cuidados, mas sim, sobre todo o processo que integra a razão do cuidado, instrumentos que o suportam, o cuidado em si mesmo e os seus resultados. Consideramos desta forma a documentação do cuidado como uma ação de enfermagem que o enfermeiro deve mobilizar para poder fundamentar todas as tomadas de decisão, as interpretações que faz daquilo que avalia e vai estruturando enquanto processo, as informações que gere de outros profissionais de saúde relacionados com a pessoa, as necessidades, valores, crenças e atitudes e de que forma as integra, tendo em vista a documentação em termos de processo.

A importância desta documentação do cuidado enquanto ação é considerada pelo enfermeiro e pela pessoa de forma congruente e consistente. Ao longo de todo o estudo preocupamo-nos em compreender esta congruência entre o cuidado do enfermeiro e a sua valorização por parte da pessoa. No entanto, definimos para dar corpo a esta ação as seguintes intervenções pelo fato de serem identificadas e caracterizadas em simultâneo pelo enfermeiro e pela pessoa:

Registar os cuidados prestados à pessoa

Validar com a pessoa os registos anteriores antes de prestar cuidados
Partilhar a informação da pessoa entre os profissionais
Enviar a informação da pessoa que garante a continuidade dos cuidados

No sentido de podermos demonstrar o que referimos no parágrafo anterior apresentamos uma tabela com os dados estatísticos do nível de importância que as pessoas participantes atribuíram às respetivas intervenções:

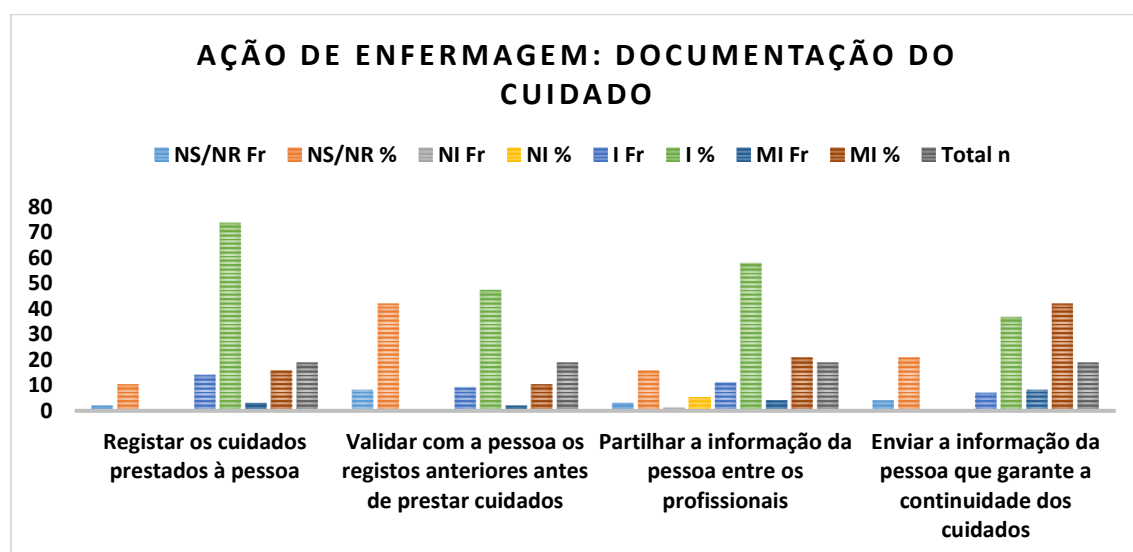
Tabela nº 9 – Ação de enfermagem: Documentação do cuidado

Intervenções	Opções		NS/NR		NI		I		MI		M	DP	Total N
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%			
<i>Registrar os cuidados prestados à pessoa</i>	2	10,5	-	-	14	73,7	3	15,8	1,89	0,758			19
<i>Validar com a pessoa os registos anteriores antes de prestar cuidados</i>	8	42,1	-	-	9	47,4	2	10,5	1,22	1,166			19
<i>Partilhar a informação da pessoa entre os profissionais</i>	3	15,8	1	5,3	11	57,9	4	21,1	1,83	0,985			19
<i>Enviar a informação da pessoa que garante a continuidade dos cuidados</i>	4	21,1	-	-	7	36,8	8	42,1	1,94	1,162			19

Legenda: NS/NR: Não sabe/Não responde; NI: Nada importante; I: Importante; MI: Muito importante; Fr: Frequência; %: Percentagem; M: Média; DP: Desvio padrão;

Para que haja uma melhor visualização dos dados apresentados elaboramos a exemplo das intervenções anteriores um gráfico para sistematizar a informação.

Gráfico nº 11 - Ação de enfermagem: Documentação do cuidado



A maioria das intervenções que apresentamos são identificadas pelo enfermeiro e pela pessoa porque contribuem para que o processo de cuidados possa ser desenvolvido em todas as suas fases e em tempos atuais ou de futuro, consoante as necessidades e a situação da pessoa. Sustentamos esta ação através da intervenção **registar os cuidados prestados à pessoa**, por ser uma das primeiras que o enfermeiro realiza para documentar o cuidado, quer em relação à avaliação, planeamento, implementação e reavaliação. Constitui-se como estruturadora de toda a documentação do processo que permite desenvolver uma avaliação, atualização e reformulação face ao que vai sendo registado (Barbosa e Tronchin, 2015). Também considerada pelas pessoas como importante.

“...Elaborados registos de enfermagem no final da intervenção...”NC13

“...com a admissão de um utente no serviço de Cardiologia, com informações que não eram, de todo, comuns, aquando o acolhimento e a respetiva avaliação inicial...”NC14

“...se registarmos temos indicadores e podemos avaliar o trabalho dos enfermeiros. Eu advogo cada vez mais a existência de normas de enfermagem e orientações técnicas de enfermagem...”FG1

“...Os enfermeiros usam uma folha com informação sistematizada dos cuidados prestados (identificação da pessoa, higiene, alimentação, eliminação, sinais vitais, mobilização/locomoção, tratamentos e observações) os resultados alcançados e previsão em termos de continuidade dos cuidados ...”OC1

“...Quando os colegas entravam a informação estava toda lá...”E2

“...Seguimento do dia-a-dia...evolução da doença...evolução do paciente...conhecimento do grupo clínico...”E2

“...Ficava mais descansado...olhe já falei com o médico...não se esqueça do que falamos...”E4

“...Estou mais à vontade, sinto mais confiança...”E10

Uma das questões que muitas vezes não surge como evidente enquanto intervenção do enfermeiro, isto é, pelo menos no âmbito da sua narrativa da prática clínica, sendo no entanto muitas vezes mobilizada e valorizada pela pessoa, é definida como **validar os registos anteriores antes de prestar cuidados**. Consideramos esta intervenção como importante no processo pela centralidade da pessoa no mesmo, assim como pela dimensão que integra, uma vez que só perante esta validação o enfermeiro pode documentar o cuidado de acordo com aquilo que são os dados que avalia e que mobiliza para o planeamento. Também uma melhor avaliação da evolução da situação da pessoa e por último mas de extrema relevância, uma enfermagem individualizada pela

preocupação constante de ir ao encontro das necessidades da pessoa e com ela encontrar, validar e capacitar para gerir melhor os diferentes regimes terapêuticos face à sua situação de saúde doença (Silva, 2010, 2012; Amendoeira et al, 2013; Barbosa e Tronchin, 2015).

“...Depois...fui ver ao computador e...realmente estava lá a dizer...que a medicação que a senhora referia, estava prescrita pelo médico às 7h e às 19h, portanto a senhora já tinha feito...às 7h da manhã, não era a hora habitual dela, mas tinha feito...”NM22

“...sendo facilitador a “check-list” existente no processo clínico e onde se verificavam a áreas onde havia ainda pouca competência e era necessário intervir...”NC10

“...não havendo registos...aa...nós não conseguimos dar continuidade a esses ensinamentos e depois vem a avaliação e sem registos não há avaliação...”FG8

“...validou as intervenções de enfermagem planeadas da última consulta, e o que pretendia intervir nesta ...”OUSF1

“...Para meu conhecimento... assim sabemos a evolução...se está melhor...se está pior...”E3

“...Leva-nos a ter que fazer os registos para não haver esquecimentos...”E9

“...Sabendo isso, sabemos se está a correr bem ou se temos que alterar...”E11

“...Eles estavam ali para saberem de mim...eles querem ajudar...”E2

“...Ao ver os registos anteriores vê logo a evolução do estado de saúde...se melhorou ou piorou...”E8

Nesta intervenção o fato do enfermeiro ter a preocupação de validar os registos anteriores com a pessoa para que haja uma continuidade dos cuidados e a possibilidade de reavaliar de acordo com a situação atual, havendo a necessidade de reformular, manter ou terminar a intervenção que está em curso, ao mesmo tempo que transmite responsabilidade e atenção por parte do enfermeiro percecionadas pela pessoa. Mobilizamos teoricamente o conceito do “self” numa perspetiva de compreendermos de que forma a pessoa o integra e consegue assim tomar consciência e perceber a importância de ser responsável na forma como comunica a situação, assim como na forma como interpreta esta validação do cuidado. Em paralelo, o fato de perceber que o enfermeiro tem em consideração a informação anterior e aquilo que ela própria lhe transmite traduz-se em cuidados de enfermagem personalizados cuja centralidade na pessoa é por ela própria percecionada e valorizada (Orem, 2001; Amendoeira, 2006).

“...a enfermeira referiu que tinha que registar na folha específica do holter, este momento, no sentido de identificar a atividade que desenvolveu neste período de tempo...”OM1

“...validou os dados da pessoa, os diagnósticos de enfermagem e médicos...”OUSF1

“...motivou a pessoa a registar, trazer tudo na próxima consulta para validarem o que tem que se manter ou se necessário alterar alguma coisa...”OUSF2

“...Atentos...”E2

“...Responsabilidade...”E4

“...Não ficam indiferentes sobre o que se passa...”E11

“...Maneira de ficar informado sobre o que se vai passar com a pessoa...”E13

“...Uma questão de organização...”E16

Esta validação dos dados anteriores permite também que em todos os momentos de interação com a pessoa haja uma constante avaliação daquilo que são aspetos cruciais da sua vida relacionados com os fatores condicionantes básicos, os requisitos de autocuidado que se pretende apresentarem evolução, tendo em conta as intervenções de enfermagem (Orem, 2001). Assim o fato do enfermeiro poder em complementaridade com a pessoa compreender como se encontram estes aspetos vem sustentar a importância da documentação do cuidado para que possam realmente desenvolver e integrar o cuidado em si mesmo.

Uma outra intervenção é designada como ***partilhar a informação da pessoa entre os profissionais*** que assume relevância nas questões relacionadas com a referenciação dos cuidados de enfermagem e da forma como esta contribui na capacitação da pessoa para a autogestão dos diferentes regimes terapêuticos. É assumida pelo enfermeiro de forma integrada, ou seja, está implícito no processo de cuidados a necessidade de referenciar a pessoa quer por motivos de alta hospitalar, quer por motivos de continuidade de cuidados no mesmo contexto mas em momentos diferentes. Falamos assim de uma articulação entre os diversos contextos de cuidados, onde também é valorizado e muitas vezes equacionada esta mesma referenciação não apenas numa perspetiva unidirecional, mas bidirecional, ou seja, habitualmente esta articulação ocorre mais quando a pessoa tem alta de um contexto de cuidados hospitalares. Quando a pessoa vai do contexto domiciliário para o hospital esta referenciação normalmente não acontece. Esta questão é assumida pelo enfermeiro como importante e que deve ser integrada na prática, no entanto ainda não é muito habitual.

“...o que é que eu acho que poderíamos fazer de forma diferente...é a importância da “multisetorialidade” das coisas...não podemos trabalhar nós na nossa casinha como enfermeiros sozinhos, os médicos na sua casinha como médicos...então se nós nos conseguirmos envolver, exatamente como esse exemplo que estava a dar à bocadinha de...a médica pediu ajuda...para o enfermeiro colaborar...ok...perfeito...eu acho que temos que trabalhar todos em equipa...”FG11

“...nós muitas vezes não podemos só...não podemos mesmo só envolver a pessoa que está a prestar cuidados e o próprio doente, mas também a família e a comunidade...”FG9

“...Sinto muito mais segurança...”E2

“...Importante para todos ficarem a saber, (senti numa reunião com vários profissionais, quando o enfermeiro expôs a minha situação tinha conhecimento do que se passou)...”E1

“...Senti-me bem porque toda a gente sabia o que se passava comigo...”E4

“...Todos os enfermeiros agirem de acordo com as minhas necessidades...”E5

“...Para todos saberem...sentia-me muito mais à vontade...senti mais confiança...”E8

Neste contexto de articulação e continuidade dos cuidados aparece muitas vezes referenciada a importância desta informação partilhada entre os profissionais de saúde, do próprio contexto e de contextos diferentes e valorizada também pelas pessoas.

“...Para que todos possam cuidar de mim de acordo com os meus problemas...”E4

“...Considero que estou a ser seguido...estou a ser acompanhado...”E7

“...Porque nem sempre pode ser o mesmo enfermeiro...os outros ficam esclarecidos...há uma continuidade...”E8

“...Tem que haver esse diálogo entre eles...é desse diálogo que nasce a luz...uma frase...as pessoas pensam que sabem tudo...as pessoas sabem um bocadinho...esse bocadinho de todos é que faz o tudo...”E10

“...Ficam com mais capacidade para poderem ajudar...”E11

“...Faz-me sentir com mais confiança...”E12

Percebemos o que a pessoa valoriza e sente em relação a esta intervenção, que por vezes pode não ser entendida pelo enfermeiro como importante naquilo que é a satisfação e opinião da pessoa, no entanto esta apresenta uma opinião válida e muito singular daquilo que o enfermeiro pretende quando a desenvolve. Podemos então inferir que influencia os comportamentos e ações de autocuidado, numa perspetiva de que se sentem acompanhados e que assim lhes promove o bem-estar e por sua vez uma melhor capacitação para autogestão (Orem, 2001). Também a postura do enfermeiro nesta intervenção

influencia a relação interpessoal entre ambos, sendo percebido pela pessoa na dimensão afetiva do cuidado que lhe transmite interesse, cuidado, atenção e confiança (Amendoeira et al, 2003; Balsa, 2006; Martins et al, 2008; Pereira e Botelho, 2014).

Por último a intervenção de enfermagem: ***Enviar a informação da pessoa que garante a continuidade dos cuidados*** vem reforçar os aspetos que temos discutido no âmbito da documentação do cuidado. Constatamos em concomitância com as anteriores que promove o cuidado em assegurar a continuidade de cuidados, ou seja, ao longo de todo o processo a preocupação na documentação é transversal apesar de na grande maioria surgir enquanto cuidado em si mesmo, pelo fato do enfermeiro o referir e o mencionar essencialmente nesta etapa do processo. Por outro lado, podemos perceber que esta intervenção surge contextualizada ao cuidado hospitalar e à necessidade do enfermeiro e médico partilharem a informação para o contexto de cuidados de saúde primários. Esta situação provavelmente relaciona-se com uma dimensão cultural e da evolução das profissões, isto é, até há cerca de uma década o paradigma da centralidade na doença e dos cuidados altamente diferenciados ligados a alta tecnologia, sem haver a preocupação em perceber onde se encontravam as necessidades da pessoa, foi sendo implementado no sistema de saúde como uma grande inovação e sinal de desenvolvimento. Atualmente compreendemos que houve um aumento da esperança média de vida, que existem muito mais recursos tecnológicos para detetar as doenças, tudo recursos extremamente relevantes que têm que ser rentabilizados para aquilo que torna o sistema de saúde importante – a pessoa e as suas necessidades terapêuticas de autocuidado (Orem, 2001; DGS, 2002; OMS, 2004;).

Além destas questões, a dimensão cultural também influencia, pois ainda na atualidade esta referenciação da pessoa acontece essencialmente de um contexto de cuidados hospitalares por alta clínica para a comunidade onde vai ser seguida. Raramente quando a pessoa é internada num hospital, leva informação dos cuidados de saúde primários, a não ser em caso de cirurgias programadas ou consultas agendadas e solicitadas pelos cuidados de saúde primários.

“...É só para dizer...nós quando falamos de continuidade de cuidados, falamos sempre do hospital para a comunidade...e...da comunidade para o hospital...nunca falamos...”FG2

“...O que é que aconteceu...às vezes a informação que deram no hospital...nós estamos a dar uma informação que pode não ter sido aquela que deram no hospital...”FG9

“...falar de adesão à terapêutica...numa doença crónica, sem falar em continuidade de cuidados...estamos então a trabalhar de costas uns para os outros...mesmo quando se faz a avaliação inicial...não podemos realmente avaliar...com este objetivo, se nos limitarmos a questionar...e nós frequentemente limitamo-nos a questionar perante um guião que temos ali...faz isto...faz aquilo...faz o outro...bom quer dizer...é um começo...mas se calhar não...não conseguimos é atingir os objetivos que pretendemos...”FG2

“...numa perspetiva de continuidade dos cuidados e da preparação do regresso a casa, »planeei realizar ensino sobre conservação de energia, amanhã« para melhorar a função respiratória...”OC1

“...Leva também uma carta com informação para o médico de família e para o enfermeiro para poder ser acompanhado de forma mais próxima e com alguma regularidade...”OC13

“...Dar a conhecer o que se passou comigo, o que fizeram...”E4

“...Senti segurança...”E2

“...É a ponte, dar continuidade, verificar como está...”E7

“...Fazer chegar toda a situação a quem deve chegar...”E6

“...Para saberem...para cuidarem de forma mais adequada...”E7

“...Fico mais tranquilo...”E12

“...É a chave do sucesso...não depende da gravidade da situação...tem que ser importante...tem que ser seguido pelo enfermeiro e pelo médico...”E13

A pessoa releva esta intervenção de forma clara e com apropriação do seu significado, com expressões que passamos a enunciar:

“...Responsabilidade pelos cuidados...”E3

“...Porque assim houve continuidade, conhecimento e arquivo...”E9

“...Conhecer a minha história...”E2

“...Interligação importante...”E6

“...Esclarecer melhor o que podemos dizer...pois o que está escrito é mais seguro...”E10

“...Mais seguro até para o enfermeiro fazer o penso...”E12

“...Para o médico e o enfermeiro ficarem com o conhecimento...para saberem o que fazer...”E13

“...Porque me senti acompanhado...”E16

Neste sentido inferimos que o enfermeiro com estas intervenções mobiliza essencialmente a sua responsabilidade enquanto profissional, cujos deveres face à pessoa o obrigam a partilhar a informação numa perspetiva ético-deontológica do cuidado. Quando falamos da partilha de informação, apenas

nos estamos a referir à pessoa e aos profissionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, Código Deontológico, 2003). Mas como simultâneas, estas intervenções segundo a pessoa traduzem-se em cuidados essenciais para que possam ter comportamentos de autocuidado, pela dimensão da proximidade com os profissionais de saúde, do fato dos mesmos terem conhecimento da sua situação, de poderem recorrer de forma mais célere, mas também pelos sentimentos de segurança, tranquilidade e acompanhamento.

“...Sei que alguém tem conhecimento de todo o processo...”E8

“...Senti confiança daquilo que se passou comigo que tinha sido entregue...”E10

“...Tenho a informação, vou recapitulando o que devo fazer, tenho sempre como referência o hospital que fui operado...”E13

“...É obrigatório...veio de onde estava a ser tratado...dar um seguimento ao tratamento...”E14

“...Porque é mais fácil para o enfermeiro que nos vai atender ter a informação...”E16

“...Para nos acompanhar, para saber o que se está a passar...”E17

Sistematizamos todas estas intervenções integradas nas dimensões da capacitação para o autocuidado e na documentação do cuidado, cujo tema denominamos de cuidado em si mesmo. Em jeito de síntese deste tema consideramos que tendo em conta a temática – autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular, o enfermeiro atua a dois níveis: **capacitação para o autocuidado**, onde emergem as intervenções centradas na pessoa **informar** sobre os cuidados a ter no dia-a-dia; **ensinar** a pessoa de acordo com as necessidades; **validar** com a pessoa a informação dada sobre os cuidados; **estabelecer** com a pessoa metas possíveis de serem atingidas; **elogiar** as capacidades demonstradas da pessoa. Afirmamos que esta intervenções são caracterizadas e percecionadas de forma clara e singular, com expressões significativas referenciadas pela pessoa. A nível da **documentação do cuidado** as intervenções **registar** como transversal a todo o processo, mas crucial em termos de documentação de toda a informação, **validar** como forma de valorizar a pessoa e a interpretação do que está documentado, **partilhar** para garantir a continuidade e a tomada de decisões concertadas com a situação da pessoa e **enviar** informação que complementa a anterior, mas de forma mais específica no âmbito da referenciação de enfermagem e até na preparação do regresso a casa.

Apresentamos sob a forma de diagrama o domínio, as dimensões e as ações de enfermagem que o constituem:

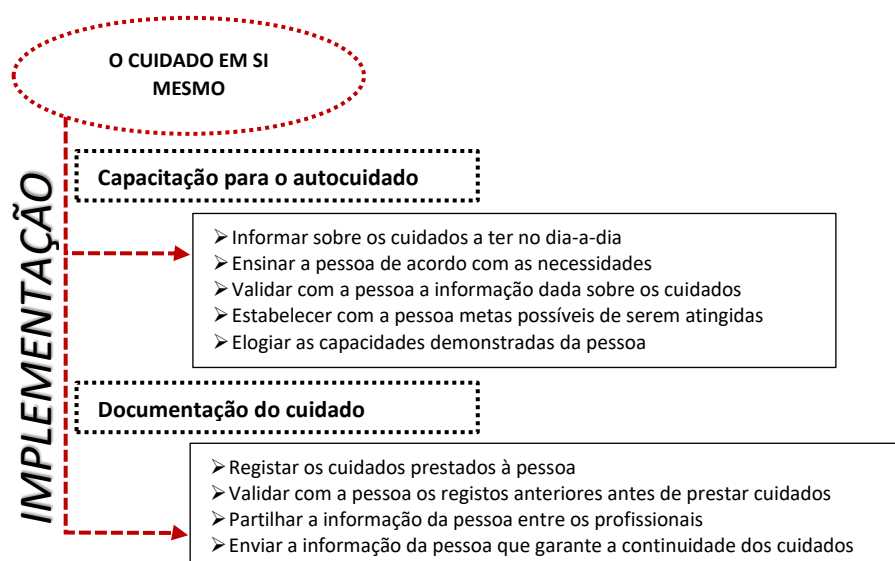


Figura nº 6 - O cuidado em si mesmo – Ações e intervenções de enfermagem

O cuidado em si mesmo traduz a implementação de um planeamento centrado na conjugação entre a avaliação do enfermeiro e as necessidades da pessoa. O enfermeiro só intervém porque a pessoa necessita de cuidados, que são planeados e implementados numa perspetiva da sua satisfação. Esta emerge quer da pessoa que toma consciência da necessidade de cuidados porque tem uma doença aguda ou que agudizou e do enfermeiro que na implementação dos cuidados tem e deve ter em conta estas necessidades e procurar dar resposta a fim de promover o autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos.

Podemos afirmar que a capacitação da pessoa para o autocuidado constitui dois polos no processo de cuidados, um como ação de enfermagem que pela sua definição integra um conjunto de intervenções que podemos considerar de cuidados, onde o julgamento e conhecimento clínico são mobilizados por um enfermeiro e que se traduz num resultado para a pessoa. O outro como um resultado, ou seja, não deixando de ser uma intervenção no seu todo que traduz um cuidado, verificamos que é um cuidado que integra o resultado que o enfermeiro planeia e espera alcançar tornando a pessoa mais capaz para as tomadas de decisão e assim desenvolver a sua autonomia.

O conceito de educação para a saúde numa dimensão de cuidado em parceria a ter com a pessoa, centrado no apoio e capacitação para as escolhas e atividades no âmbito da saúde, assim como no estabelecimento de metas face às ações propostas é promotor da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos (Jesus, 2004; Sousa Carvalho, 2007).

A documentação do cuidado mais do que um registo surge como um conjunto de intervenções cujo processo permite ao enfermeiro criar uma base de dados tendo em vista a avaliação dos resultados, a informação partilhada e a continuidade do cuidado e como resultado a perceção das pessoas que a caracterizam como promotora da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos, associada à transmissão de segurança, confiança, tranquilidade, proximidade e conhecimento.

3.4 - O RESULTADO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Nos temas e nas dimensões anteriores todas as ações e intervenções identificadas e caracterizadas fazem parte de um processo de cuidados que se foi construindo de forma dinâmica, cíclica em que todas as dimensões se interrelacionam para atingir resultados, de acordo com a metodologia científica do processo de enfermagem, ou seja, os resultados esperados face às ações realizadas e que se constituem como ganhos em saúde para a pessoa. Centramo-nos então nos resultados que integramos no tema **Resultados do cuidado de enfermagem**, uma vez que a sua avaliação centrada nas respostas da pessoa consiste em identificar e caracterizar as intervenções de enfermagem que a capacitam para tomadas de decisão ao nível da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos.

Quadro nº 14 - O resultado do cuidado de enfermagem

DIMENSÕES	CATEGORIAS	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO			
		N	FG	OP	E
Comportamentos de autocuidado	Apoiar a pessoa nas suas necessidades	150			
	Proporcionar a satisfação das necessidades				
Processo de transição	Validar com a pessoa as capacidades adquiridas				

	Reforçar a informação dos cuidados	162
	Reformular os cuidados para gerir melhor a situação de saúde doença	

Para que possamos avaliar estes resultados importa também considerar além do enfermeiro a pessoa com doença cardiovascular, porque as intervenções do enfermeiro só poderão constituir-se como resultados de enfermagem para a pessoa, se esta na sua avaliação as relevar como importantes ao ponto de as integrar como fazendo parte da sua rotina diária. É nesta dimensão que mobilizamos o conceito de transição saúde/doença de Meleis (1991), uma vez que estamos a estudar a pessoa numa situação de saúde/doença e de que forma a enfermagem promove este processo de transição da pessoa para uma situação cuja doença estará sempre presente, mas pela capacitação através das intervenções de enfermagem esta altera os hábitos de vida, com opções e tomadas de decisão centradas nos estilos de vida saudáveis.

Deste modo definimos neste tema uma ação de enfermagem que traduz os resultados centrados na pessoa **Comportamentos de autocuidado**. No entanto importa compreender porque consideramos esta ação, essencialmente pelas questões relacionadas com aquilo que são as necessidades expressas pela pessoa, assim como as que foram identificadas pelo enfermeiro ao longo de todo o processo. Foi através desta avaliação centrada na pessoa e nas suas necessidades que emergiram as intervenções de enfermagem para as satisfazer, pelo que identificamos as seguintes:

Apoiar a pessoa nas suas necessidades

Proporcionar a satisfação das necessidades

Com estas intervenções o enfermeiro está a prestar cuidados de substituição da pessoa, no entanto verificamos que ao longo do processo existem alguns momentos em que o enfermeiro tem que intervir não fazendo pela pessoa, mas sim através do apoio e satisfação das necessidades expressas, encontrar com a mesma, estratégias para satisfazê-las. Estamos então a referir que existem intervenções que o enfermeiro desenvolve com a pessoa que têm como objetivo capacitá-la para a tomada de consciência da situação e ao mesmo tempo proporcionar-lhe informação, ferramentas e estratégias que a levam a perceber que é capaz de gerir de forma eficaz e eficiente os diferentes regimes terapêuticos que necessita de operacionalizar e manter na vida. Apresentamos a tabela das intervenções enquanto resultado da valorização das mesmas por

parte da pessoa, no sentido de elucidar e validar a sua importância no processo de cuidados.

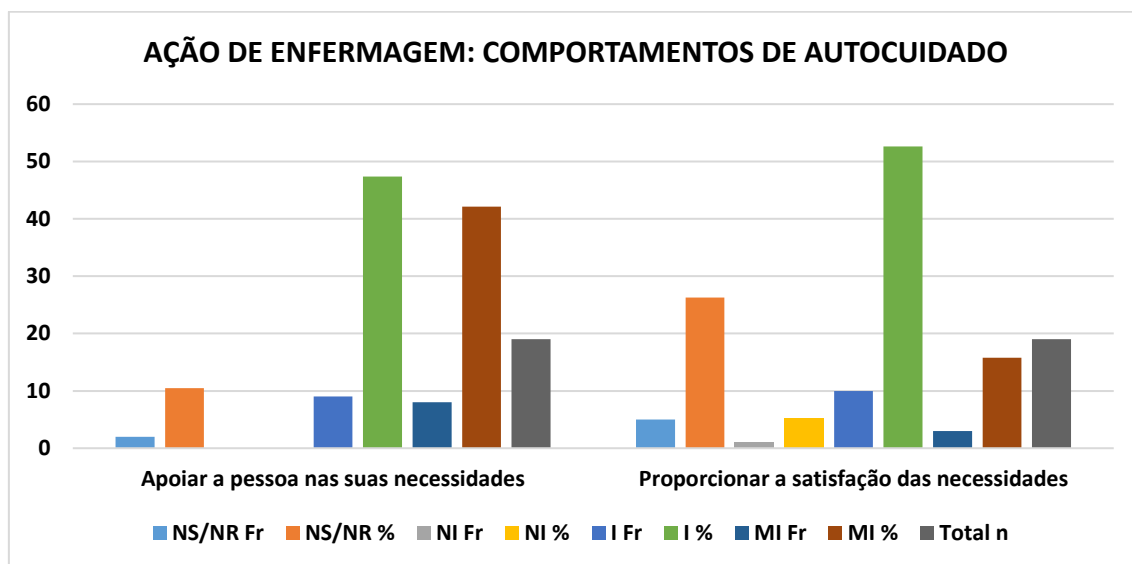
Através da análise da tabela identificamos que a pessoa releva a importância destas intervenções como integrativas no processo de cuidados, numa perspetiva daquilo que são os resultados das mesmas para o dia-a-dia.

Tabela nº 10 – Ação de enfermagem: Comportamentos de autocuidado

Intervenções	Opções		NS/NR		NI		I		MI		M	DP	Total N
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%			
<i>Apoiar a pessoa nas suas necessidades</i>	2	10,5	-	-	9	47,4	8	42,1	2,22	0,943	19		
<i>Proporcionar a satisfação das necessidades</i>	5	26,3	1	5,3	10	52,6	3	15,8	1,56	1,097	19		

Legenda: NS/NR: Não sabe/Não responde; NI: Nada importante; I: Importante; MI: Muito importante; Fr: Frequência; %: Percentagem; M: Média; DP: Desvio padrão;

Gráfico nº 12 - Ação de enfermagem: Comportamentos de autocuidado



Ao analisarmos a importância da intervenção *apoiar a pessoa nas suas necessidades* verificamos relatos que demonstram a perceção da mesma no cuidado que o enfermeiro tem para promover comportamentos enquanto agente de autocuidado. São relatos cruciais para compreendermos que apoiar a pessoa nas suas necessidades não significa que a substituamos, mas sim através deste

apoio estimular e promover as capacidades e autoconsciência das mesmas face às necessidades terapêuticas de autocuidado (Orem, 2001; Silva, 2012).

“...durante o dia promovíamos o autocuidado, durante os turnos, planeava delegando na assistente técnica levando várias vezes o senhor à casa de banho...”NM16

“...Então tem sido a nossa grande luta com ela, é o estimular...”NM17

“...Vim aqui mostrar uns exames que fiz. A Dra. também me assustou”. Já li aquilo que me deu, mas não consigo fazer tudo!”...NUSF5

“...temos que ensinar as pessoas a conviver também com estes problemas...”FG1

“...Aconselhou não se levantar se necessitasse de ir ao WC tocasse à campainha ... não fosse desequilibrar-se e cair...”OC15

“...Quando estamos nesta situação o apoio é muito melhor...”E3

“...Havia alguém para me ouvir, atender, ajudar...”E1

“...Sentimos segurança...”E2

“...Ajudou-me a entender que foi um problema, não para ficar mas se eu seguir as orientações poderei viver com isto...”E4

“...Os alertas ajudam muito...mesmo quando vamos tomar banho...não se esqueça de levar o pijama...pode sempre chamar se precisar de alguma coisa...coloque a toalha no chão para não escorregar...”E8

“...Tem sido importante porque me sinto melhor...com confiança...”E10

“...Ajuda-nos a superar certas coisas...muitas vezes esclarece-nos...”E12

O apoio sentido pela pessoa revela que muitas das intervenções de enfermagem apesar de terem na sua essência a missão de ajudar, são percecionadas como um incentivo, um estímulo, uma explicação, um reforço e uma orientação que ajudam na tomada de decisões tendo em conta um estilo de vida saudável.

“...Apoio ao bem-estar...eles queriam ajudar-me...tenha cuidado com isto...com aquilo...”E1

“...Lembra-se porque ainda hoje sabe que está assim por causa dos seus cuidados (enfermagem)...”E4

“...Apoio é meio medicamento...”E8

“...Cumprir com a sua missão...o médico vê a pessoa, não sabe o que se passa...o enfermeiro vê tudo...é importante...”E10

“...O enfermeiro estando interessado tem respeito pelo doente...”E13

“...Ter mais informação sobre os problemas da pessoa...”E16

Por estes motivos iniciamos pela intervenção apoiar a pessoa nas necessidades, sendo visível que promove a capacidade de análise, interpretação e decisão para ações e comportamentos de autocuidado que possam colmatar as necessidades terapêuticas de autocuidado, ou seja, capacitando-a enquanto agente de

autocuidado (Orem, 2001). Inferimos, portanto, que em relação ao referencial teórico que mobilizamos, a teoria dos sistemas, mais especificamente a de apoio e educação vem dar sentido a esta constatação, pela dimensão da educação para a saúde em que esta intervenção se centra (Orem, 2001; Sousa Carvalho, 2007).

Para além do apoio surge uma outra intervenção ***proporcionar a satisfação das necessidades*** que vem complementar a anterior. A satisfação das necessidades terapêuticas de autocuidado pelo enfermeiro é essencial para que haja por parte da pessoa uma recuperação e um equilíbrio face à situação que a desencadeou. Podemos integrar nesta discussão o fato de existirem centrados na pessoa fatores condicionantes básicos que a estão a influenciar e que não lhe permitem ser agente de autocuidado e a conduzem a uma situação de rutura. A satisfação destas necessidades centra-se essencialmente na promoção e capacitação da pessoa para poder ela própria satisfazê-las, neste caso relacionadas com a gestão dos diferentes regimes terapêuticos em situação de doença cardiovascular.

Como constatamos as intervenções integradas na capacitação para o autocuidado centravam-se essencialmente no âmbito do ensino, validação, treino, estabelecimento de metas e o elogio enquanto estímulo e reforço positivo para o comportamento de autocuidado. Torna-se assim imperativo que quando falamos de resultados os possamos avaliar tendo em conta as intervenções implementadas e quais os resultados para a pessoa.

“...o nosso trabalho com ela tem sido promover o autocuidado e perceber que ela é capaz de fazer as coisas por ela...”NM17

“...tem ido todos os dias ao chuveiro, tem feito levantar diário todos os dias, é uma senhora que no início do internamento não comia por mão própria, mas agora temos andado a estimular...”NM17

“...Foi ajustada a medicação e construído um esquema com as imagens das caixas dos medicamentos...”NUSF7

“...Ficou mesmo internado, para se fazer um controlo, visto que a medicação não resolvia, mas também com a alimentação assim também não resolvia de maneira nenhuma...”NM23

“...Depois os resultados...sou a favor da avaliação dos resultados...até porque...podemos demonstrar aquilo que fazemos...registando...é preciso traçar metas muito exigentes...ser concreto nalgumas coisas...temos forma de ver esses resultados...”FG1

“...Iniciou então os ensinamentos no âmbito da terapêutica, falando das prescrições de forma individual, mencionando o medicamento, a sua função, a dose, a frequência e que tipo de cuidados devia ter em atenção...”OC9

“...Elogiou e aconselhou também que deve manter a motivação em relação ao deixar de fumar...”OC9

“...Certos dias estava incapacitada, se não fossem eles não conseguia fazer desde a higiene à eliminação...”E2

“...O simples molhar a boca, a sede, só a atenção de molhar a boca é de extrema importância...”E7

“...As pequenas coisas que são tão importantes...”E9

“...Na medida em que a explicação que me davam para não poder era justificado pelo evitar de problemas e de acidentes...”E11

“...Havia sempre uma pergunta mesmo eu a conseguir...era muito bom...”E13

São estes relatos que permitem inferir que o enfermeiro no cuidado, apesar da pessoa demonstrar que é capaz, se preocupa em perceber quais as necessidades no sentido de as poder satisfazer ou apoiar estando a promover capacidades na pessoa que vão desde sentir-se capaz, saber que alguém se preocupa e se interessa e lhe promove a motivação, assim como desenvolve estratégias para manter o cuidado e a orientação dada pelo enfermeiro, que neste caso se traduz numa autogestão eficaz dos diferentes regimes terapêuticos. Consideramos, portanto, que proporcionar a satisfação das necessidades da pessoa conduz a uma autoconsciência das necessidades “self” como forma de se poder capacitar enquanto agente de autocuidado e ao mesmo tempo poder desenvolver comportamentos de autocuidado cuja tomada de decisão é uma gestão adequada dos diferentes regimes terapêuticos (Orem, 2001; Silva, 2012).

Estamos então em condições de poder abordar uma das ações que contribui para os resultados esperados que quer o enfermeiro, quer a pessoa pretendem atingir, e que designamos de **processo de transição**. Associados a esta ação identificamos três intervenções de enfermagem que a enformam tendo em conta o tema em análise:

Validar com a pessoa as capacidades adquiridas

Reforçar a informação dos cuidados

Reformular os cuidados para gerir melhor a situação de saúde doença

Num processo de cuidados em que não haja a possibilidade de validar com a pessoa aquilo que aprendeu e que integrou no seu dia-a-dia, de reforçar a informação que foi partilhada ao longo do mesmo, assim como, poder ocorrer sempre a possibilidade de reformular os cuidados no sentido de uma melhoria contínua da situação de saúde, toda esta análise não faria sentido conforme

temos vindo a demonstrar quer no âmbito do enfermeiro quer da pessoa com doença cardiovascular.

Reforçando o que afirmamos, apresentamos uma tabela com a valorização por parte da pessoa das intervenções acima referenciadas:

A análise da tabela permite verificar que as três intervenções que enumeramos são importantes para a pessoa. Validamos que as mesmas promovem comportamentos de autocuidado identificados pela pessoa que os integra no dia-a-dia de forma a manter hábitos de vida saudáveis. Traduzem assim tomadas de decisão que a capacitam para a autogestão dos diferentes regimes terapêuticos.

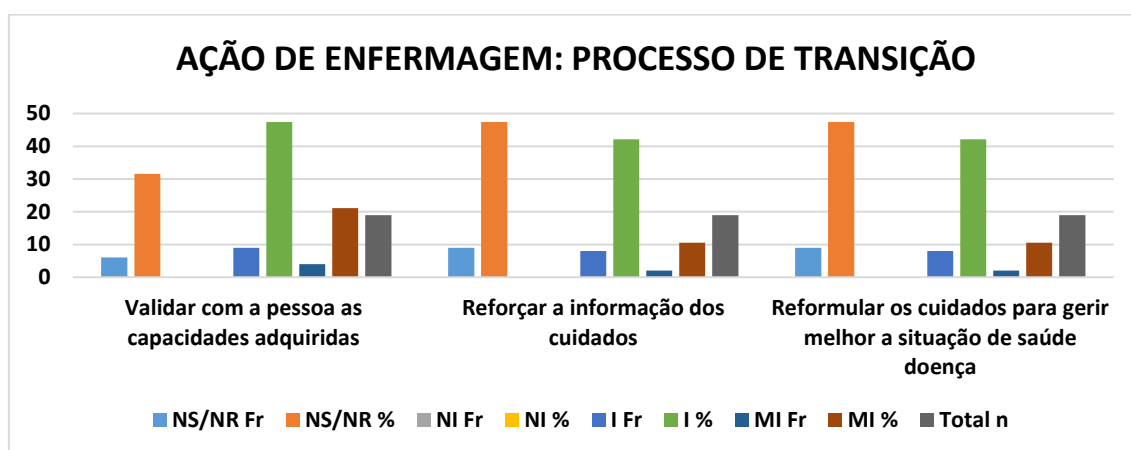
Tabela nº 11 – Ação de enfermagem: Processo de transição

Opções Intervenções	NS/NR		NI		I		MI		M	DP	Total N
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%			
<i>Validar com a pessoa as capacidades adquiridas</i>	6	31,6	-	-	9	47,4	4	21,1	1,56	1,199	19
<i>Reforçar a informação dos cuidados</i>	9	47,4	-	-	8	42,1	2	10,5	1,11	1,183	19
<i>Reformular os cuidados para gerir melhor a situação de saúde doença</i>	9	47,4	-	-	8	42,1	2	10,5	0,44	0,856	19

Legenda: NS/NR: Não sabe/Não responde; NI: Nada importante; I: Importante; MI: Muito importante; Fr: Frequência; %: Percentagem; M: Média; DP: Desvio padrão;

Podemos constatar que de acordo com o temos vindo a analisar surge mais uma vez nestas intervenções uma perceção por parte das pessoas, essencialmente ao nível do reforçar e reformular a informação e os cuidados que se prende com a conceção que têm de saúde e da forma como ainda interpretam os cuidados dos profissionais de saúde, isto é, consideram que o reforçar e o reformular os cuidados são uma necessidade que faz parte da sua função e, portanto, respondem com não sabe/não responde.

Gráfico nº 13 - Ação de enfermagem: Processo de transição



Em relação à intervenção *validar com a pessoa as capacidades adquiridas* focaliza-se essencialmente na avaliação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, centrada naquilo que a pessoa demonstra e consegue pôr em prática em relação às atividades diárias mobilizando as aprendizagens, as informações, as habilidades que lhe foram transmitidas, demonstradas e com atividades de treino cujas metas atingidas revelam comportamentos de autocuidado e por conseguinte um processo de transição (Orem, 1995; Meleis, 1991).

*“...quando o senhor foi para casa, o senhor já conseguia fazer muitas das vezes, não era sempre, mas várias vezes já solicitava o urinol para eliminar e isso viu-se um ganho...”*NM16

*“...ser capaz de voltar a casa dela e fazer a vida dela...uma vez que ela está mais capaz, mais competente, mais autónoma...”*NM17

*“...À data da alta a família e o utente apresentavam-se com competências adquiridas... maior tranquilidade em relação ao seu processo de saúde /doença...”*NC10

*“...Agora decorrido algum tempo, verifico algumas conquistas, como, não faltar às consultas, mudar alguns consumos na alimentação...”*NUSF5

*“...Em três meses este utente reduziu a hemoglobina glicada em 2%, diminuindo o risco de complicações pela diabetes em metade. O seu controle da hipocoagulação normalizou, bem como a tensão arterial...”*NUSF7

*“...a pessoa referiu que apesar de ter menos vontade para comer, faz as suas refeições e procura comer sempre legumes e poucos hidratos de carbono, coloca sempre apenas uma colher de arroz e o resto é salada ou legumes cozidos e um pouco de carne ou peixe. Comia sempre no intervalo das refeições e antes de ir para a cama...”*OUSF6

*“...Para ver se eu tinha percebido, se havia alguma pergunta que queria fazer...”*E3

*“...Peso/o exercício físico/porquê do aumento do peso/muito importante porque me faz manter os cuidados...”*E2

“...Há certo interesse da parte deles até onde nós estamos capacitados para lá chegar...”E5

“...Ao saber o que vamos fazendo no dia-a-dia torna-se mais fácil...sinto-me mais consciente...vejo mais interesse pelo meu estado de saúde...”E7

“...Porque há confiança, continuidade...”E10

“...Relação enfermeiro doente...cultivar essa relação...”E12

Concomitantemente verificamos que a avaliação dos resultados além do enfermeiro perceber se realmente a pessoa demonstra capacidades e as mobiliza, quer em contextos de internamento no sentido da sua preparação do regresso a casa, quer no âmbito de uma consulta de enfermagem ou de visita domiciliária, permite uma validação dos mesmos e a compreensão da pessoa caso não apresente as capacidades devidamente integradas para assim haver uma reformulação dos cuidados tendo em vista o atingir das mesmas. Neste aspeto mobilizamos a importância do julgamento clínico e do pensamento crítico, assim como da relação interpessoal que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa cuja influência é primordial e traduz-se na reformulação dos cuidados centrada nas necessidades e nas (in)capacidades que a pessoa apresenta com a preocupação de não ajuizar. Mas pelo conhecimento e julgamento clínico pode planejar ações de enfermagem cujos resultados serão uma melhor capacidade para a autogestão dos diferentes regimes terapêuticos. Por isso afirmarmos que o processo de cuidados que integra estas etapas é cíclico e dinâmico e que existem dimensões do cuidado que são transversais ao mesmo, mas cuja mobilização ocorre mais concentrada na etapa da avaliação, não sendo exclusivo, mas sim inclusivo em todas as etapas (Lazure, 1994; Chalifour, 2008; Cerullo e Cruz, 2010).

“...é sinal que come pela mão dela e temos visto essa melhoria, tem ido todos os dias ao chuveiro, tem comido pela mão dela...”NM17

“...O doente cumpriu na maior parte do tempo, no entanto houve momentos em que o mesmo geria o uso de meias, retirando-as e deambulando sem elas...”NM23

“...Estava visivelmente mais magro, afirmava que tomava sempre a medicação, que tinha mais cuidado com a alimentação e referia que já não bebia bebidas alcoólicas, apenas ingeria alguns cafés, mas não em tanta quantidade como anteriormente...”NC14

“...a pessoa respondeu que nem sempre avaliava a tensão arterial, e quando media estava sempre mais ou menos boa...também tomava todos os dias um comprimido para controlar...”OM6

“...que nem sempre consegue comer de acordo com o que lhe têm dito, ou seja comer de 3 em 3 horas, disse mesmo que quase nunca come antes de ir para a cama e que sabe que deve comer, mas não o faz...”OC4

“...Perguntava se eu tinha dúvidas...não me deixavam vir sem ter a certeza que eu sabia...”E3

“...Dar prioridade à minha saúde...os conhecimentos que trazemos são imprescindíveis para termos mais saúde...”E4

“...Faz com que possamos cumprir mais a regra...para não nos esquecermos...”E6

“...Porque me ajuda a fazer todos os dias e não me esqueço...”E8

Claro que nem sempre a pessoa consegue demonstrar que aprendeu ou integrou determinado tipo de cuidado apesar de achar que é importante para a sua vida. No entanto existem realmente fatores condicionantes básicos que influenciam as tomadas de decisão, as capacidades, que podem passar pela percepção de que com a idade não conseguem, a doença, a situação familiar e laboral. Também os requisitos de autocuidado que a pessoa identifica e que podem influenciar as capacidades para autogestão dos diferentes regimes terapêuticos relacionados essencialmente com a situação de saúde doença, mas também familiar, económica e social. Por vezes os domínios cognitivo, emocional e psicossocial também influenciam nas tomadas de decisão (Orem, 2001). O enfermeiro na relação com a pessoa e na avaliação de todas estas dimensões do conhecimento em enfermagem tem uma influência crucial para a capacitação da pessoa a este nível.

“...Ficou internado com uma dieta ligeira, conseguiu-se perfeitamente controlar e o doente depois foi para casa com valores minimamente controlados e foi seguido...pelo dietista...a orientação de uma alimentação mais adequada...”NM26

“...foi necessário reforçar alguns aspetos onde se verificava a pouca competência do utente e da família para o auto cuidado...”NC10

“...As alterações no estilo de vida das pessoas e a adesão ao regime terapêutico só podem ser bem-sucedidas se forem adaptadas às suas necessidades e circunstâncias...”NUSF8

“...mas contactos posteriores revelam a manutenção dos hábitos...que até agora tem tido resultados muito limitados...”NUCC2

“...sabia que deveria ter mais cuidado ...que devia comer mais vezes, nem sempre consegue pela sua vida...”OM4.

“...a pessoa referiu ser empresário ... a gestão de uma empresa implica um envolvimento e uma presença constante em que os horários nem sempre são os adequados...”OM4

“...A esposa respondeu que era importante o enfermeiro dizer isso, pois ela já está cansada de procurar ...que ele tenha esses cuidados, mas não é capaz, ...liga pouco à sua saúde...”OM4

“...a pessoa referiu que não sabia se era capaz, mas que ia tentar, referindo que não tem sido fácil e que é preciso muita força de vontade...”OUSF1

“...A pessoa diz que habitualmente comem cozidos e grelhados, com legumes, mas às vezes não é fácil controlar os doces...”OUSF3

Perante estas afirmações verificamos que o enfermeiro ao longo do processo de cuidados tem a necessidade de reforçar e reformular os cuidados prestados. Estamos assim a definir duas intervenções **reforçar a informação dos cuidados e reformular os cuidados para gerir melhor a situação de saúde doença**. Constatamos que na avaliação dos resultados o enfermeiro ao perceber que a pessoa ainda não apresenta determinadas competências e capacidades que possam garantir a satisfação das necessidades terapêuticas de autocuidado, reforça e reformula os cuidados anteriormente planeados a fim de a poder capacitar para esta satisfação e por conseguinte sentir-se capaz de gerir melhor a situação.

“...a família já sabia muita coisa, reforcei, respondi às dúvidas que elas tinham...”NM20

“...Esposa mostrou-se bastante receptiva e parece ter entendido a mensagem transmitida. Esposa necessita de reforço dos ensinamentos transmitidos...”NC13

“...ficando combinado nas próximas consultas voltarmos a discutir a situação ponderando o que podemos mudar ou ajustar a medida das possibilidades de cada um...”NUSF6

“...Questionou sobre a medicação e se estava a tomar tudo de forma correta...”OUSF2

“...A pessoa referiu que não fez, chega a casa muito tarde, cansada, ainda tem que fazer o jantar, as coisas de casa, depois falta a força...”OUSF5

“...A pessoa referiu que ia ver se começava outra vez as caminhadas, pois sabe que lhe faz bem...”OUSF5

“...Para eu procurar fazer bem e melhorar sempre cada vez mais...”E1

“...Foi ao longo do processo, foi positivo esse reforço...”E3

“...Meterem-nos no caminho certo...fazerem-nos compreender que o caminho é por ali...”E4

“...Tem-me ajudado a conquistar algumas fraquezas...”E8

“...Se nos forem reforçando a informação para nos levarem para o melhor caminho...”E10

“...Se não nos alertassem e reforçassem estes cuidados ainda hoje não sabia o que devia fazer em relação à tensão e à diabetes...”E16

Ainda na intervenção de reformular os cuidados emergem algumas afirmações por parte da pessoa que nos permitem afirmar que esta é relevante na promoção do autocuidado, até porque a considera como uma forma de manter-se ao nível do domínio cognitivo, emocional e psicossocial capaz de responder de forma adequada às exigências de autocuidado do dia-a-dia, face à situação de saúde/doença. Da mesma maneira que a consciencializa para a necessidade de alterar os hábitos e assim poder integrar um estilo de vida compatível com a situação de saúde doença, ou seja, vivenciar e aprender a viver com ela, o que consideramos um processo de transição, uma vez que é assumido pela pessoa (Meleis, 1991; Orem, 2001).

“...Envolvido filho no processo por viver com ele e também ser fumador. Refere aproveitar e deixar também...”NC15

“...O maior sentido de responsabilidade e valorização dada a este utente, em conjunto com os resultados positivos que ia alcançando e que lhe eram transmitidos como reforço positivo, levaram a um aumento marcante dos níveis motivacionais...”NUSF7

“...a pessoa e a família agradeceram ...agora teria que ter mais cuidado e gerir melhor a sua atividade e alimentação...”OM4.

“...a pessoa sentou-se com a esposa e disse que em relação ao que tinham combinado na consulta anterior, já tinha feito progressos ... já estava a fumar menos, passou de dois maços de tabaco para um maço, mas que tinha que ir com calma...”OUSF1

“...Senti que nunca me julgaram por não ter feito bem, ou exatamente como me diziam...”E1

“...Ajudou-me a ultrapassar e a procurar melhorar sempre...”E4

“...Para me sentir com outra capacidade...outra orientação...”E6

“...A maneira como ajuda no dia-a-dia...fortalece a confiança, a coresponsabilidade entre mim e o enfermeiro...”E12

Após a análise dos dados referentes a este tema, ou seja, resultados do cuidado de enfermagem, representamos sob a forma de um diagrama uma síntese do que temos vindo a refletir, cuja finalidade é essencialmente facilitar a compreensão dos resultados e uma integração progressiva dos mesmos.

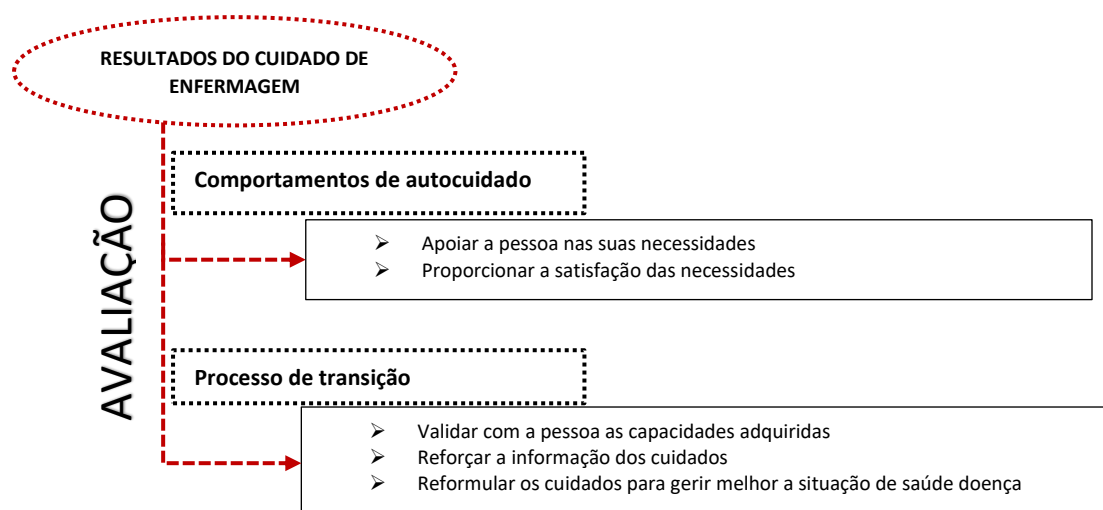


Figura nº 7 - Resultados do cuidado de enfermagem – Ações e intervenções de enfermagem

Os resultados só poderão ser considerados se a pessoa na sua avaliação os relevar a ponto de os integrar como fazendo parte da sua rotina diária.

O processo de transição terá que ser pela capacitação da pessoa, através de intervenções de enfermagem que promovem alterações dos hábitos de vida, opções e tomadas de decisão centradas nos estilos de vida saudáveis.

A prestação de cuidados centrada na satisfação das necessidades relevadas neste estudo tem como premissa a pessoa apresentar condições para se auto capacitar e para ser capacitada através de estratégias que passam pela educação em saúde cujas técnicas integram os cuidados referenciados no cuidado em si mesmo, isto é, ensinamentos, informações escritas, sessões individuais e de grupo demonstrativas e de treino, reavaliação das capacidades e acompanhamento próximo da pessoa até se verificar o comportamento de autocuidado. Tudo dimensões de extrema relevância para que a pessoa realmente possa vir a desenvolver no dia-a-dia o autocuidado.

Então podemos afirmar que os comportamentos de autocuidado no âmbito da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos na pessoa com doença cardiovascular são todos os comportamentos e atitudes que a pessoa desenvolve tendo em conta as capacidades em conjunto com o apoio e a satisfação das mesmas por parte do enfermeiro que o levam a decidir e optar de forma consciente, informada e responsável tendo em vista a saúde e bem-estar.

Por conseguinte, o processo de transição na pessoa com doença cardiovascular poder-se-á traduzir desta forma: comportamentos de autocuidado demonstrados pela pessoa no âmbito da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos que integram os conhecimentos e habilidades que adquiriu de forma individual e com o apoio e educação do cuidado de enfermagem.

Portanto a transição saúde/doença é referida pela pessoa como a autoconsciência da forma como se deve manter para atingir o equilíbrio entre as necessidades e ações de autocuidado. É evidente que a pessoa não verbaliza desta forma, mas sim mobiliza aspetos do dia-a-dia que nos levam a afirmar que esta transição é efetiva.

4 - TEORIA PRESCRITIVA DE ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO GESTÃO DOS REGIMES TERAPÊUTICOS EM PESSOAS COM DOENÇA CARDIOVASCULAR

A elaboração de uma micro teoria, neste caso uma teoria prescritiva em enfermagem no âmbito da promoção do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular emerge da questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular?

Entendemos por "Teoria de nível prático, também chamada de micro teoria e/ou teoria prescritiva, é mais específico e concreto do que os outros dois níveis de teoria e aborda orientações/prescrições específicas para a prática."⁴ (Fitzpatrick e Whall, 2005, 11).

Consideramos que uma das formas de podermos identificar estas intervenções foi ingressarmos no campo da prática clínica dos enfermeiros, no seu contexto e com as pessoas que usufruem dessas intervenções. O objetivo é teorizar tendo por base a razão para e na ação integrando os intervenientes do processo de cuidados. "Teoria de nível prático é também produzido por outros métodos, incluindo a indução da prática e da dedução da teoria de médio alcance, bem como de investigação sobre enfermagem e modelos conceituais. Muitas das orientações de enfermagem iniciais para o cuidado, que são encontrados em livros de procedimentos hospitalares, foram/são teoria da prática gerada indutivamente a partir da experiência prática..."⁵ (Fitzpatrick e Whall, 2005, 11).

⁴ "Practice level theory, also called micro theory and/or prescriptive theory, is more specific or concrete than the other two levels of theory and addresses specific directions/prescriptions for practice." (Fitzpatrick e Whall, 2005, 11)

⁵ "Practice level theory is also produced by other methods, including induction from practice and deduction from middle-range theory, as well as from research on nursing conceptual models. Many of nursing's early guidelines for care, which are found in hospital procedure books, were/are practice theory generated inductively from practice experience..." (Fitzpatrick e Whall, 2005, 11)

Perante esta conceção e tendo em conta a finalidade, faz-nos sentido integrar neste enquadramento a teoria prescritiva, no sentido de sustentar em termos teóricos o desenvolvimento do estudo.

Esta teorização vai sendo construída tendo por base a centralidade da pessoa no processo de cuidados. Consideramos que os cuidados de enfermagem existem porque a pessoa neste caso com doença cardiovascular, enquanto agente de autocuidado, apresenta necessidades terapêuticas que excedem as ações de autocuidado que consegue desenvolver (Orem, 2001; Silva, 2012). Mas, tendo por base esta premissa, implica que os enfermeiros enquanto intervenientes neste processo irão centrando a atenção nas necessidades que a pessoa apresenta/revela ao longo das interações que estabelecem. Prestar cuidados individualizados no âmbito da promoção do autocuidado, ou seja, promover o equilíbrio que a pessoa deve apresentar na relação entre as necessidades e a capacidade para desenvolver ações de autocuidado que possam suprimi-las/satisfazê-las, tendo como objetivo o bem-estar e o autocuidado (Orem, 2001; Silva, 2012).

Todas estas questões emergem da pessoa com doença cardiovascular, que ao longo de todo o processo de saúde/doença apresenta comportamentos que podem ou não ser as respostas mais adequadas às necessidades, ou seja, integrando a teoria que temos vindo a mobilizar, apresenta comportamentos de autocuidado inadequados à situação. É nesta premissa que podemos questionar: qual a razão que leva a pessoa a ter estes comportamentos? Qual a natureza das suas ações? Que consciência tem da situação? Como é que habitualmente satisfaz as necessidades de autocuidado? Se pensarmos no conceito de comportamento de autocuidado, de acordo com (Orem, 2001) percebemos que a pessoa ao integrá-lo no dia-a-dia, é no sentido do bem-estar.

Esta conceção teórica permite chegar à pessoa, integrando conceitos como “self”; autocuidado; ações de autocuidado; requisitos de autocuidado; necessidades terapêuticas de autocuidado; agente de autocuidado; ação terapêutica de autocuidado; fatores condicionantes básicos; que permitem elencar alguns enunciados descritivos para a micro teoria de enfermagem que desenvolvemos centrada na promoção do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular.

Numa relação próxima com o conceito de transição saúde/doença de (Meleis, 1991), podemos considerar que a pessoa que mantenha um comportamento de

autocuidado centrado no bem-estar, desenvolveu um processo de transição que lhe permite a partir das ações que realiza enquanto agente de autocuidado ter capacidade para manter/restabelecer o autocuidado na gestão dos diferentes regimes terapêuticos na doença cardiovascular (Meleis, 1991; Orem, 2001; Silva, 2012).

4.1 - CONCEITOS BÁSICOS DA TEORIA

Sendo a finalidade do estudo a concepção de uma teoria prescritiva de enfermagem, apraz-nos referenciar que a mesma tem como alicerces o objeto de estudo da disciplina de enfermagem, que são as respostas humanas ao processo de saúde doença, os conceitos que se constituem no metaparadigma pessoa, enfermagem, saúde e ambiente, a metodologia científica com o processo de enfermagem e os instrumentos básicos que suportam o cuidado de enfermagem.

Nesta concepção emerge de acordo com a análise e discussão dos resultados a relevância da centralidade da pessoa no processo de cuidados. A pessoa é o centro das suas próprias decisões, mas também do cuidado de enfermagem. Porque é nesta premissa que as ações de enfermagem são identificadas e planeadas com um conjunto de intervenções que as operacionalizam tendo em vista a promoção do autocuidado da mesma. Consideramos assim relevante o conceito de pessoa como um dos constructos desta teoria, cujo resultado emerge dos achados e da análise desenvolvida em torno dos mesmos.

“Pessoa: É a dimensão de ser humano, com capacidade para tomar consciência de si e decisões sobre a sua vida e bem-estar, assente em comportamentos e atitudes individuais centradas em valores e crenças cognitivas, psicológicas, sociais e culturais.”

Também o conceito de pessoa com capacidade para avaliar as situações, refletir sobre elas e compreendê-las. Capaz de escolher e executar as ações específicas, mesmo face a pressões internas ou externas em contrário. Ações com objetivos bem definidos, cujo compromisso é alcançar resultados. Esta concepção autodeterminada da pessoa, com ações orientadas para objetivos relevam a mesma como agente de autocuidado.

Numa perspetiva ainda mais abrangente nesta dimensão do autocuidado, considera como um sistema que se adapta ao seu ambiente. A pessoa desenvolve habilidades que se constituem como partes integrantes e que lhe permite ser agente de autocuidado ao longo do tempo e em contextos de várias estruturas sociais. Teremos que integrar o autocuidado no conceito de pessoa, pois enforma nas suas dimensões aquilo que é ser pessoa e que mais tarde importa mobilizar na teoria prescritiva (Fliztpatrick e Wall, 2005, 111).

Portanto a centralidade da pessoa é uma das condições importantes para que o processo de cuidados cuja conceção integra o que Amendoeira (2001) refere, ou seja, as intervenções realizadas pelo enfermeiro em interação com a pessoa, das quais é responsável e ele próprio executa e controla, se desenvolva tendo como objetivo major a capacitação da mesma no que diz respeito ao autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos. Podemos assim interpretar que as necessidades sentidas pela pessoa, que quando excedam a sua capacidade para ações de autocuidado, a enfermagem intervém para poder colmatar estas necessidades e trabalhar com a pessoa para recuperar, reabilitar, prevenir ou manter a sua saúde e bem-estar. Portanto estamos a falar do conceito de enfermagem como:

“Enfermagem: O cuidado planeado e centrado nas necessidades da pessoa tendo em vista a capacitação para a tomada de decisão no âmbito da prevenção, reabilitação, recuperação e manutenção da sua saúde e bem-estar. O cuidado de enfermagem é assim entendido como as ações realizadas pelo enfermeiro relacionadas com a avaliação da situação clínica, as necessidades e capacidades para o autocuidado em parceria com a pessoa.”

Esta conceção de enfermagem é definida numa perspetiva dinâmica e cíclica representada por uma circunferência que integra as ações e intervenções de enfermagem ao longo de todo o processo de cuidados no âmbito da promoção do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos na pessoa com doença cardiovascular.

Em relação à enfermagem emerge como um conhecimento único e um sistema de ação “... como uma ciência prática e especulativamente uma instância de conhecimento prático...seu objeto, o que legitima enfermagem, quando definida em termos de foco (para conhecimento e prática); é um serviço especializado de saúde exigido por incapacidade da pessoa para manter a quantidade e qualidade de autocuidado que é terapêutico para a manutenção da vida e da

saúde, na recuperação de doença ou lesão, ou para lidar com seus efeitos...” também é um sistema complexo de ação (enfermagem como prática) orientado por metas ou objetivos ou para a procura de resultados⁶ (Fliztpatrick e Wall, 2005, 107). Nesta concepção podemos constatar que a enfermagem emerge como contributo para que a pessoa possa prevenir, manter, recuperar, restabelecer a saúde e o bem-estar.

Ainda no que diz respeito ao conceito de enfermagem nesta teoria, permite compreender as respostas da pessoa face ao seu processo de saúde doença no domínio biológico, cognitivo, psicossocial, emocional e comportamental, mas cuja influência de fatores pode condicioná-los. Para que haja um conhecimento da situação da pessoa por parte do enfermeiro na sua avaliação tem que mobilizar o conceito de ambiente que emerge da pessoa.

“O ambiente constitui o todo que é o espaço onde e como a pessoa vive. A vida e as capacidades de autocuidado serão influenciadas por este, interna e externamente. Portanto o ambiente além dos aspetos referidos anteriormente é mobilizado e integrado ao mesmo tempo como um recurso e como fator pela sua dimensão transversal em relação à pessoa. É na relação com o ambiente que a pessoa desenvolve comportamentos e atitudes que determinam a sua forma de estar na vida em relação à saúde e bem-estar. Integramos neste conceito a família, a comunidade, uma instituição, a unidade de saúde, enfim os recursos que existem e que a pessoa tem capacidade para mobilizar. O ambiente é onde a pessoa expressa as suas necessidades, a fim de as poder satisfazer tendo em vista prevenir, recuperar ou manter o autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos. Pode ser o hospital, uma unidade de saúde ou a sua casa.”

Por este motivo surge na teoria uma circunferência tracejada externamente à pessoa e à enfermagem uma vez que este conceito exerce uma influência interna e externa face à mesma. A importância deste conceito é crucial no âmbito da avaliação que o enfermeiro desenvolve face à pessoa com doença cardiovascular, porque só através do conhecimento do mesmo e de que forma este exerce ou não influência na pessoa poderá identificar e planear as ações e intervenções de enfermagem. Podemos afirmar que as ações e as intervenções

⁶ “as a unique field of knowledge and an action system...as a practical science and an instance of speculatively practical knowledge...its unique focus, or, using her word’s, by its proper object, that which legitimates nursing, when defined in terms of focus (for knowledge and practice), is a specialized health service necessitated by an adult’s inability to maintain the amount and quality of self-care that is therapeutic is sustaining life and health, in recovering from disease or injury, or in coping with their effects...also is a complex action system (nursing as practice) that is goal oriented or results seeking.” (Fliztpatrick e Wall, 2005, 107)

de enfermagem identificadas têm integradas este conceito meta paradigmático, desde a razão aos resultados do cuidado de enfermagem. A título de exemplo no âmbito da avaliação centrada na pessoa, quando mobilizamos a intervenção conhecer os hábitos, o contexto em que vive, os conhecimentos, as decisões que toma e as estratégias que adota, estamos a compreender o contributo deste conceito para o cuidado de enfermagem, mas também quando procuramos compreender como ajudar a pessoa na preparação do regresso a casa após a implantação de um *pacemaker*, estamos a mobilizar e integrar este conceito, tendo como premissa a promoção da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos.

O ambiente e a pessoa como entidades distintas, mas numa relação e influência recíproca. A pessoa está sempre integrada no seu ambiente e nunca isolada do mesmo. Nesta dimensão existem fatores relacionados com o ambiente (físicos, químicos, biológicos e sociais) que podem influenciar de forma negativa ou positiva a saúde e o bem-estar da pessoa. Estes fatores foram concetualizados anteriormente, mas que se relevam como os fatores condicionantes básicos e têm impacto na pessoa enquanto agente de autocuidado (Orem, 2001). De forma geral influenciam as habilidades da pessoa para o autocuidado e da necessidade terapêutica de autocuidado (Fliztpatrick e Wall, 2005, 114).

Sendo assim para que possamos explicitar de que forma integramos estes conceitos na teoria apresentamos uma definição de saúde de acordo com os sujeitos de cuidados participantes no estudo.

“**A saúde** é ser capaz de satisfazer as necessidades da vida, um estado que leva ao bem-estar. Como um bem que se deve manter e preservar. O caminho a seguir para uma vida melhor. Percecionado como a compensação pela capacidade de ser agente de autocuidado.”

Importa integrarmos também o conceito de saúde, que aqui releva o autocuidado como importante para a enfermagem, necessário, mas não suficiente preditor de saúde e bem-estar. Um estado de ser com vigor e ausência de doença, numa premissa de que nada está diminuído ou ausente. Emerge na sua conceção que não é apenas esta dimensão física, mas também as funções da vida quotidiana. Progressivamente esta perspetiva dualista do corpo e da mente em relação à saúde tem vindo a ser ultrapassada e atualmente evidencia-se mesmo no seio dos profissionais de saúde tendo em conta a sua complexidade, a integração das dimensões fisiológicas, psicológicas,

interpessoais e sociais. Influencia de forma clara a capacidade da pessoa para desenvolver as ações enquanto agente de autocuidado. Considera a saúde como um resultado do autocuidado (Fliztpatrick e Wall, 2005, 113). Podemos ainda afirmar que no âmbito da teoria dos sistemas, o sistema de apoio e educação torna-se aqui essencial para que a pessoa possa realmente olhar para a saúde como uma compensação pela capacidade de integrar todas estas dimensões no desenvolvimento como agente de autocuidado (Orem, 2001).

Enquanto representação esquemática surge como a última circunferência tracejada, o resultado que a pessoa percebe como agente de autocuidado e bem-estar e que a enfermagem contribui com as intervenções que a promovem tendo em conta o ambiente que integra.

A construção desta teoria está assim alicerçada no meta paradigma em enfermagem. Esta conceção surge de forma indutiva, pela forma como emergiram as ações e intervenções de enfermagem cujas definições foram elaboradas de acordo com os resultados encontrados das várias técnicas de colheita de dados utilizados no estudo. Sendo que as expressões utilizadas são a interpretação daquilo que os participantes nos transmitiram ao longo de todo o processo de investigação.

Portanto em relação à teoria, todo o processo de cuidados está estruturado em quatro temas centrais, a razão do cuidado, os instrumentos que suportam, o cuidado em si mesmo e os resultados do cuidado de enfermagem, no entanto ao longo deste processo estes conceitos emergem no sentido de ancorar o mesmo. Os conceitos de pessoa, de enfermagem, de ambiente e por último de saúde integram esta teoria porque em relação à sua essência traduzem a fundamentação para que a prescrição de intervenções de enfermagem no âmbito da promoção da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos assente nestes quatro pilares essenciais, a pessoa como o centro do cuidado; a enfermagem centrada na pessoa e nas suas capacidades e necessidades; o ambiente mobilizado pela pessoa e pela enfermagem como crucial para o cuidado e a saúde centrada na percepção da pessoa, mas também como um resultado a atingir, a manter, a prevenir, a recuperar, a reabilitar ou restabelecer, cuja pessoa, a enfermagem e o ambiente contribuem de forma singular.

Assumimos que estes conceitos âncora para a construção da teoria prescritiva de enfermagem, permitem explicitar face à mesma desde a razão aos resultados do cuidado de enfermagem, como é que as intervenções de enfermagem

promovem a autogestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular.

Esta teorização concretizou-se através de um processo indutivo que promoveu a análise dos dados de forma a compreendermos o fenómeno em estudo ao longo do processo de cuidados. Da análise dos dados surgem quatro temas, cujas dimensões e categorias subjacentes permitiram identificar as intervenções de enfermagem promotoras da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular. Ao longo da análise e após cada tema foram sistematizados os resultados da mesma sob a forma de diagrama esquemático e uma síntese do tema. Apresentamos agora, de forma esquemática, a teoria prescritiva de enfermagem promotora do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos, cuja conceção e explicitação faremos após a apresentação do esquema.

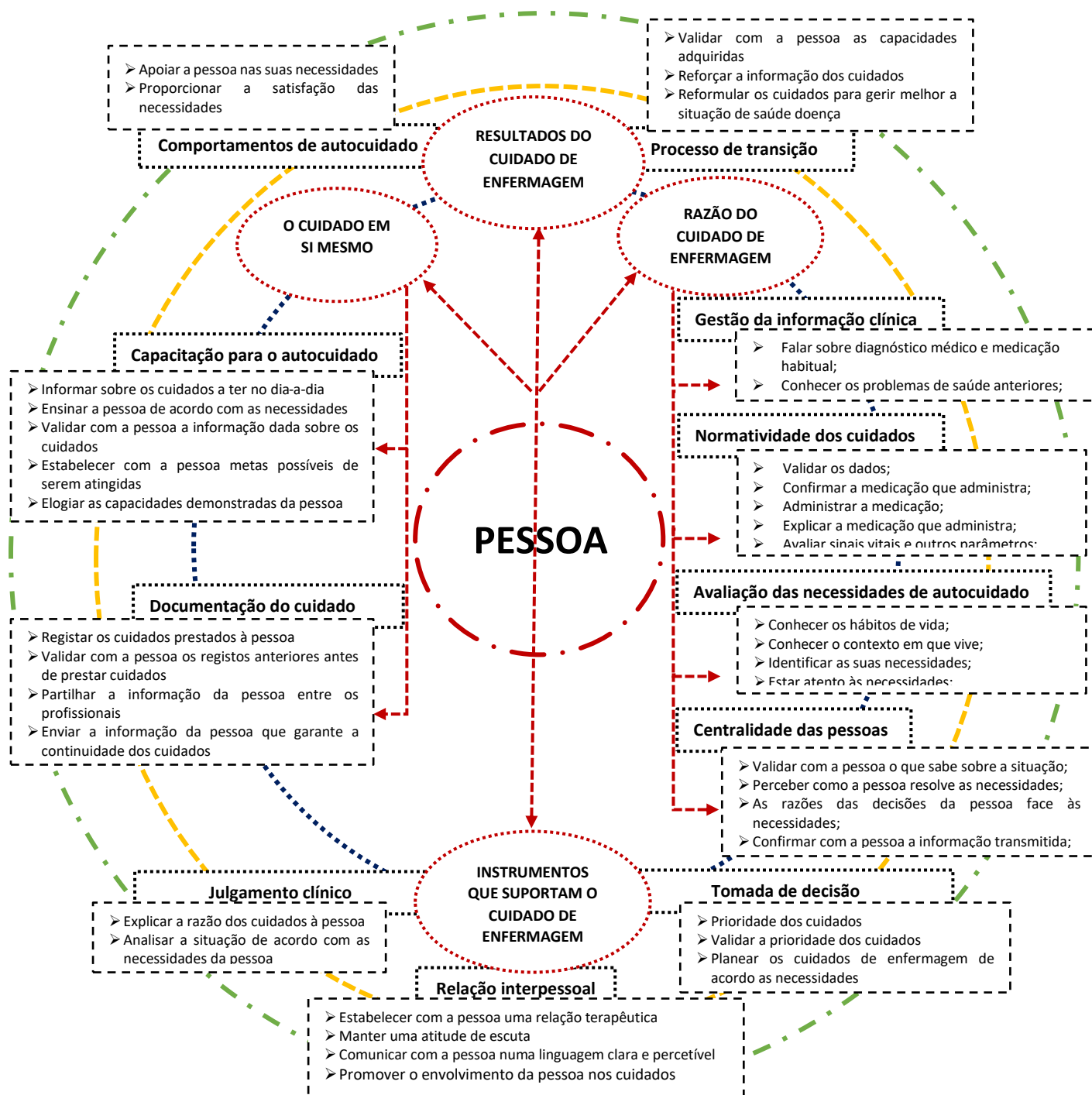


Figura nº 8 - Esquema da teoria da enfermagem

Legenda:

Pessoa: — . — ; Enfermagem:; Ambiente: — — — — ; Saúde: — . — ;

Relação: <— — — —> ;

Perante esta reflexão em torno dos conceitos que enformam a enfermagem em termos teóricos, podemos partir agora para a explicitação numa perspetiva integrativa dos mesmos ao longo da construção da teoria prescritiva. De salientar também que todo o processo de cuidados se desenvolve de forma cíclica e dinâmica pelo que muitas das intervenções de enfermagem integram o mesmo de forma transversal. A prescrição de intervenções de enfermagem centradas na pessoa com doença cardiovascular no âmbito da promoção da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos desenvolve-se tendo por base a metodologia científica do processo de enfermagem, portanto sempre que haja necessidades terapêuticas de autocuidado inicia-se um processo de cuidados que se constitui numa avaliação da pessoa. Face aos resultados e à análise dos dados podemos afirmar que as ações de enfermagem gestão da informação clínica, a normatividade dos cuidados, a avaliação das necessidades e a centralidade das pessoas contribuem para que o enfermeiro possa posteriormente planear e intervir para promover a autogestão acima referenciada.

As ações de enfermagem enformam a razão do cuidado de enfermagem, porque partem de uma dimensão objetiva da avaliação, a situação clínica da pessoa é o motivo para a iniciar. A informação clínica como forma de compreender as razões pela qual a pessoa necessita de cuidados de enfermagem. O interesse demonstrado promove na pessoa uma maior disponibilidade e valorização pela preocupação do cuidado que o enfermeiro demonstra em conhecer e compreender o que a levou a procurar os cuidados de saúde.

As atividades interdependentes complementam a informação com resultados que se constituem relevantes na compreensão do que se passa com a pessoa. Permitem estruturar uma avaliação centrada nas necessidades da pessoa, em que a gestão da informação clínica e a normatividade dos cuidados sustentam a razão pela qual intencionalmente realiza essas perguntas e demonstra preocupação em saber determinados fatores que influenciam a sua situação de saúde doença.

As pessoas relevam estas ações como essenciais quer pela conceção que têm da sua saúde, bem como pelos resultados das mesmas, que contribuem para a perceção da sua situação clínica atual. Consideram mesmo que são ações que permitem ao enfermeiro conhecer a relação com o seu estado de saúde. Por

outro lado, estabelecem através destas uma relação de confiança pelo cuidado que percebem por parte do enfermeiro.

A avaliação das necessidades da pessoa é uma ação de enfermagem que tem como finalidade apoiar, ajudar na promoção do seu autocuidado, mas equacionando as suas capacidades enquanto agente de autocuidado.

A centralidade das pessoas no processo de cuidados como uma ação de enfermagem que garante uma enfermagem individualizada. A avaliação das necessidades da pessoa promove os cuidados de acordo com a sua singularidade.

As ações de enfermagem mencionadas anteriormente são valorizadas pela pessoa com doença cardiovascular porque contribuem para a autogestão dos diferentes regimes terapêuticos. A enfermagem ao conhecer as necessidades da pessoa, os fatores que a influenciam no dia-a-dia permite-lhe compreender como pode contribuir para prevenir, melhorar ou adequar a sua situação de saúde doença.

Todas estas ações e intervenções integram então a razão do cuidado de enfermagem pelas suas dimensões explicitadas centradas na justificação do cuidado por parte da enfermagem. No entanto relevamos que para além da justificação do cuidado, a valorização por parte da pessoa do mesmo permite estruturar o cuidado através destas intervenções. Na razão do cuidado os conceitos anteriormente estruturados de pessoa, enfermagem, ambiente e saúde são integrados na sua plenitude, pelas dimensões que já mencionamos.

Neste tema constituímos como inferências teóricas para a compreensão da razão do cuidado de enfermagem:

“Falar com a pessoa sobre os seus diagnósticos, conhecer os problemas anteriores, é considerado pelas pessoas como intervenções de enfermagem essencialmente pelas dimensões do interesse/conhecimento e preocupação por parte do enfermeiro. Em relação à pessoa essencialmente pela aceitação/adaptação e conhecimento da situação.”

“No âmbito da administração terapêutica relevam essencialmente a importância da explicação de toda a medicação administrada e autoadministrada segundo prescrição médica, pela perspectiva de ganharem competências/conhecimentos e estarem mais seguros na toma dos medicamentos.”

“As intervenções de enfermagem centradas nos procedimentos técnicos são entendidas pela pessoa em duas dimensões – função do enfermeiro e conhecimento da pessoa; em relação à função do enfermeiro é valorizada como aquilo que o enfermeiro tem que fazer para saber cuidar melhor, para estar mais preparado para aquilo que possa ser necessário. Em relação à segunda é

essencialmente valorizado no âmbito da pessoa ficar a saber a evolução, o estado de saúde e de que forma pode melhorar. A ação de enfermagem denominada de normatividade dos cuidados contribui de forma clara para a avaliação da pessoa em todas as fases do processo.”

“As intervenções de enfermagem centradas no conhecimento da pessoa face ao seu contexto, às suas necessidades e a forma como o enfermeiro está atento às mesmas são valorizadas pela pessoa no âmbito da preocupação, interesse e acima de tudo pela dimensão do conhecimento por parte do enfermeiro da sua situação. Esta questão promove na pessoa uma maior segurança, confiança e vontade para proporcionar a informação necessária para que o enfermeiro possa conhecer as suas necessidades.”

Para que o cuidado realmente possa ser visível nesta relação enfermeiro/pessoa, a enfermagem mobiliza alguns instrumentos que o suportam. Estamos a falar de ações de enfermagem que para além de promoverem a dimensão relacional do cuidado, são elas próprias os instrumentos que permitem à enfermagem estabelecer esta dimensão. Portanto as intervenções de enfermagem identificadas enquanto instrumentos que suportam o cuidado constituem-se como promotoras da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular, pelas ações de enfermagem centradas na relação interpessoal, julgamento clínico e tomada de decisão.

O planeamento dos cuidados integra conceitos centrados na dimensão relacional do cuidado, associados à racionalidade e cientificidade a nível do conhecimento e a uma enfermagem individualizada. A enfermagem assume na sua prática clínica uma ação como um cuidado imprescindível - a relação interpessoal, que se caracteriza pela transversalidade no processo de cuidados. Confirmamos que em todas as intervenções de enfermagem identificadas e realizadas, a relação interpessoal está implicitamente presente e é valorizada pelas pessoas porque permite ao enfermeiro ter cuidado nas intervenções que implementa. A essência do cuidado emerge assim centrada no respeito pelos valores e crenças da pessoa.

O julgamento clínico e a tomada de decisão caracterizados como instrumentos que suportam o cuidado onde os conhecimentos científicos associados à competência e a uma dimensão relacional que influencia a forma como as ações e intervenções são planeadas e, posteriormente implementadas. Verificamos que contribuem para uma avaliação e planeamento centrados na singularidade da pessoa.

Implicitamente validamos com a pessoa estas ações e intervenções de enfermagem e inferimos que a relação terapêutica, a escuta, a comunicação, a

disponibilidade e envolvimento são valorizados pela pessoa, aliás conseguem mesmo caracterizá-las de forma singular enquanto intervenções de enfermagem importantes para se sentirem cuidados. São assim intervenções que se constituem como instrumentos que suportam o cuidado de enfermagem, por isso se encontrarem na base do esquema, pela sua inter-relação bidirecional com os outros temas que compõem a teoria.

No sentido de sustentar todos estes aspetos relacionados com os instrumentos que suportam o cuidado de enfermagem, apresentamos as seguintes inferências teóricas:

“As ações de enfermagem avaliação das necessidades, julgamento clínico e tomada de decisão centradas na pessoa integram e mobilizam os conceitos de pessoa, enfermagem e ambiente pela dimensão das necessidades, do conhecimento e raciocínio clínico e pensamento crítico enquanto instrumento básico de enfermagem e a consequente tomada de decisão onde relevamos também o conceito de ambiente.”

“Ainda centrados na razão do cuidado de enfermagem e na sua compreensão assumimos teoricamente que os instrumentos que suportam o cuidado de enfermagem constituem-se essenciais na promoção do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular.”

“Nas intervenções de enfermagem estabelecer uma relação terapêutica, atitude de escuta, comunicar e envolver a pessoa, as respostas centraram-se na dimensão afetiva do cuidado/na forma como se sentem cuidados/no cuidado que sentem ao serem cuidados e na proximidade efetiva.”

“A intervenção de enfermagem comunicar de forma clara e perceptível, uma ação relevada pelas pessoas como muito importante no processo de cuidados no âmbito da sua capacitação e na forma como podem compreender as informações e os ensinamentos que os enfermeiros têm para transmitir.”

“Explicar a razão dos cuidados contribui para a pessoa sentir-se mais esclarecida e isso também a ajuda a aceitar melhor a situação/a sentir-se mais segura e com maior confiança.”

“A relação interpessoal, o julgamento clínico e a tomada de decisão são instrumentos que suportam o cuidado de enfermagem no âmbito do processo de cuidados pelo seu contributo valorizado pela pessoa em duas vertentes, a própria e o enfermeiro. Em relação à própria pessoa pela confiança no sentido de expressar as suas necessidades e preocupações, sentir-se escutado, sentir segurança pelo conhecimento e atitude do enfermeiro; em relação ao enfermeiro associado à competência e ao conhecimento e à forma como este o mobiliza no processo de cuidados e a ajuda tendo em conta as suas necessidades.”

“A enfermagem centrada na compreensão, na escuta, na disponibilidade e envolvimento nos cuidados promove a autorresponsabilização das pessoas, por sentirem mais confiança e que estão a contribuir para a procura da saúde e do bem-estar. Apreciam a proximidade e enaltecem a parte humana da enfermagem.”

Portanto estruturamos até agora no âmbito da teoria de nível prático integrando as duas etapas do processo, intervenções de enfermagem que validadas com ambos os intervenientes podemos afirmar que a prescrição pela enfermagem deve envolver a pessoa e ter em conta as necessidades que a própria pessoa expressa e prescreve na promoção da sua saúde e bem-estar. A enfermagem capacita assim a pessoa para alcançar os resultados, ou seja, a autogestão dos diferentes regimes terapêuticos.

Constatamos assim que o planeamento das ações e intervenções de enfermagem permitem ao enfermeiro executar o cuidado em si mesmo de acordo com as necessidades da pessoa. Este cuidado focaliza-se na capacitação da pessoa para o autocuidado e também na importância da sua documentação. O enfermeiro só intervém porque a pessoa necessita de cuidados, que são planeados e implementados numa perspetiva da sua satisfação. Esta emerge quer da pessoa que toma consciência da necessidade de cuidados pela sua doença e do enfermeiro que na implementação dos cuidados tem e deve ter em conta estas necessidades e procurar dar resposta a fim de promover o autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos.

As intervenções que decorrem destas ações promovem esta capacitação da pessoa pela dimensão da educação para a saúde cujo objetivo maior é promover comportamentos de autocuidado, ou seja, através destas estratégias intervirmos na promoção da saúde da pessoa. Portanto afirmamos que para capacitar a pessoa nestes contextos o enfermeiro tem que planear intervenções que apoiem as necessidades e satisfação das mesmas sempre que se torne necessário, mas o sentido e as estratégias surgem sempre pela promoção dos comportamentos de autocuidado, pelo que a pessoa tem que apresentar condições face à sua situação clínica de poder e querer ser capacitada.

Podemos afirmar que a capacitação da pessoa para o autocuidado constitui dois polos no processo de cuidados, um como ação de enfermagem que pela sua definição integra um conjunto de intervenções que integram o cuidado em si mesmo, onde o julgamento e conhecimento clínico é mobilizado pela enfermagem e que se traduz num resultado para a pessoa. O outro como um resultado, ou seja, não deixando de ser uma ação no seu todo que traduz um conjunto de cuidados, verificamos que integra o resultado que a enfermagem planeia e espera alcançar tornando a pessoa mais capaz para as tomadas de decisão e assim desenvolver a sua autonomia.

O conceito de educação para a saúde numa dimensão de cuidado em parceria a ter com a pessoa, centrado no apoio e capacitação para as escolhas e atividades no âmbito da saúde, assim como no estabelecimento de metas face às ações propostas é promotor da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos (Jesus, 2004; Sousa Carvalho, 2007).

A documentação do cuidado mais do que um registo surge como um conjunto de ações que criam uma base de dados para a avaliação dos resultados, a informação partilhada e a continuidade do cuidado. A perceção das pessoas que a caracterizam está associada à transmissão de segurança, confiança, tranquilidade, proximidade e conhecimento.

No cuidado em si mesmo, consideramos que os conceitos de pessoa, enfermagem e ambiente se inter-relacionam nas dimensões que integram a pessoa como um ser humano com necessidades, mas com capacidades para as satisfazer. A enfermagem é integrada quando a pessoa não tem capacidade e necessita de apoio ou cuidados de substituição provisoriamente, sendo o seu objetivo a recuperação, reabilitação, restabelecimento ou manutenção da sua saúde e bem-estar. O ambiente exerce uma influência crucial quer em relação à pessoa, quer à enfermagem, pela dimensão social e cultural de ambos os conceitos.

Relevamos em relação ao tema do **cuidado em si mesmo** as assunções teóricas que legitimam as intervenções e ações de enfermagem.

“Informar sobre os cuidados a ter no dia-a-dia como uma intervenção de enfermagem com relevância para a pessoa, face aos seus contributos na capacitação para viver a sua vida. Afirmam mesmo que ficam com mais conhecimentos para fazer o que devem.”

“Os ensinamentos enquanto intervenção de enfermagem valorizada pela pessoa, pela importância que atribuem aos enfermeiros ensinarem e explicarem todos os cuidados a ter para a sua vida.”

“A intervenção de enfermagem proporcionar informação escrita através de folhetos é considerada importante essencialmente na dimensão de reforço de informação, recurso para o fator tempo e o esquecimento e segurança.”

“A importância do estabelecimento de metas para o cuidado em parceria com a pessoa revela-se como uma intervenção de enfermagem que contribui para que a mesma sinta capacidade para as atingir. Pela concordância que emerge desta relação enfermeiro-pessoa, esta ação promove assim a capacidade para decidir sobre o que deve fazer em relação à gestão dos diferentes regimes terapêuticos, sem receio de ser culpabilizada se não o conseguir no seu todo.”

“Elogiar os comportamentos de autocuidado da pessoa surge muito associado à afirmação teórica anterior, pela sua dimensão de uma avaliação centrada nas

metas e nas capacidades que a pessoa apresenta. Esta contribui de acordo com a pessoa para a tomada de consciência em relação às capacidades, à responsabilização face às tomadas de decisão adequadas à situação que constituem ganhos reconhecidos pela mesma.”

“A ação documentação do cuidado, cujas intervenções relevam os registos, a continuidade e o conhecimento, é-lhes atribuído um estatuto de elevada importância pelas dimensões da segurança/defesa e confiança.”

“A partilha de informação entre os profissionais de saúde e o seu envio para os mesmos entre instituições de saúde como essenciais pelas dimensões da articulação que deve ser mantida/garantia da continuidade dos cuidados/conhecimento por parte de todos os intervenientes no processo de cuidados/segurança por parte da pessoa naquilo que é planeado.”

Perante as intervenções de enfermagem implementadas impõe-se a necessidade de avaliar os resultados das mesmas face à pessoa. Neste sentido os resultados do cuidado de enfermagem integram as ações de enfermagem que são no fundo os resultados que pretendemos alcançar. Falamos de comportamentos de autocuidado e de processo de transição cujas intervenções que as constituem permitem afirmar que a pessoa os atinge quer de forma individual, em família ou pelos cuidados de enfermagem.

Os resultados só poderão ser considerados se a pessoa na sua avaliação os relevar a ponto de os integrar como fazendo parte da sua rotina diária.

O processo de transição terá que ser pela capacitação da pessoa, através de intervenções de enfermagem que promovem alterações dos hábitos de vida, opções e tomadas de decisão centradas nos estilos de vida saudáveis.

A prestação de cuidados centrada na satisfação das necessidades relevadas neste estudo tem como premissa a pessoa apresentar condições para se auto capacitar e para ser capacitada através de estratégias que passam pela educação em saúde cujas técnicas integram os cuidados referenciados no cuidado em si mesmo, isto é, ensinamentos, informações escritas, sessões individuais e de grupo demonstrativas e de treino, reavaliação das capacidades e acompanhamento próximo da pessoa até se verificar o comportamento de autocuidado. Tudo dimensões de extrema relevância para que a pessoa realmente possa vir a desenvolver no dia-a-dia o autocuidado.

Podemos afirmar que os comportamentos de autocuidado no âmbito da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos na pessoa com doença cardiovascular são todos os comportamentos e atitudes que a pessoa desenvolve tendo em conta as capacidades em conjunto com o apoio e a satisfação das mesmas por parte da enfermagem que o levam a decidir e optar

de forma consciente, informada e responsável tendo em vista a saúde e bem-estar.

Por conseguinte, o processo de transição na pessoa com doença cardiovascular poder-se-á traduzir desta forma: comportamentos de autocuidado demonstrados pela pessoa no âmbito da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos que integram os conhecimentos e habilidades que adquiriu de forma individual e com o apoio e educação do cuidado de enfermagem.

Portanto a transição saúde/doença é referida pela pessoa como a autoconsciência da forma como se deve manter para atingir o equilíbrio entre as necessidades e ações de autocuidado. É evidente que a pessoa não verbaliza desta forma, mas sim demonstra mobilizar aspetos do dia-a-dia que nos levam a afirmar que esta transição é efetiva.

Para além do conceito de pessoa, enfermagem e ambiente que se inter-relacionam com os resultados do cuidado de enfermagem centrados nos comportamentos de autocuidado e no processo de transição, encontramos um resultado major desejado por todos os intervenientes no processo, a saúde. Por esta razão representamos esquematicamente como o último círculo tracejado, que corresponde ao resultado major. Constitui-se como o resultado final centrado quer na pessoa, quer na essência da enfermagem, ou seja, proteger e promover a saúde da pessoa saudável ou doente ao longo do seu ciclo vital.

No que diz respeito aos resultados do cuidado de enfermagem podemos assumir teoricamente algumas afirmações centradas na pessoa e naquilo que a mesma valoriza e integra no cuidado.

“As intervenções de enfermagem centradas no apoio e na satisfação das necessidades da pessoa contribuem para o bem-estar e promoção da saúde.”

“A valorização por parte da pessoa destas ações surge associada à consciência que tem das necessidades e à capacidade em mobilizar e integrar estas ações para sentir-se mais capaz para desenvolver as ações e tornar-se agente de autocuidado”

“As intervenções de enfermagem centradas no apoio e satisfação das necessidades surgem em relação à pessoa associadas às pequenas coisas. Os pormenores como um cuidado que contribuem para a transição da incapacidade para a perceção do ser capaz, apesar do apoio. Promovem a confiança em si própria para esta capacidade.”

“Este processo da pessoa sentir-se capaz torna-se definitivo – processo de transição, quando a pessoa demonstra as habilidades e capacidades no dia-a-dia resultantes da avaliação que desenvolveu em relação às ações e intervenções de enfermagem e vice-versa.”

“As intervenções centradas na validação, reforço e reformulação do planeamento contribuem para que esta transição seja percecionada pela pessoa sob a forma de acompanhamento, proximidade e saber de que forma pode ser ajudada, mas acima de tudo pela demonstração da capacidade para as tomadas de decisão na gestão dos diferentes regimes terapêuticos face ao processo de saúde doença.”

Como podemos constatar emerge uma conceção centrada essencialmente pela perspetiva de uma teoria prescritiva que traduz ganhos em saúde para as pessoas. Através da dimensão indutiva “...uma forma de raciocínio vagamente descrita como partindo do particular para o geral...” (Tomey e Alligood, 2004, 8), que fomos desenvolvendo ao longo do estudo, em que num movimento prática clínica/teoria/prática clínica/teoria no sentido de compreender como é que a enfermagem promove o autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular, nos permitiu desenvolver um conjunto de pressupostos teóricos, que foram sendo validados ao longo do estudo. Estes pressupostos são o constructo da teoria prescritiva.

Segundo Tomey e Alligood (2004, 8), pressupostos “são declarações que o teórico ou o investigador tem como verdades, excluindo a hipótese de as medir ou testar.”

4.2 – OS PRESSUPOSTOS E POSTULADOS DA TEORIA

Estamos em condições de poder enumerar os pressupostos que sustentam a teoria prescritiva de enfermagem centrada na pessoa com doença cardiovascular e nas intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos. Consideramos que:

- A pessoa para atingir o pleno autocuidado apresenta de forma integrada no dia-a-dia competências enquanto agente de autocuidado que lhe permitem desenvolver ações de autocuidado;
- A pessoa apresenta um “*Self*” que lhe permite desenvolver as capacidades de análise e identificação das necessidades. Esta condição promove a capacidade para criar um equilíbrio entre as necessidades terapêuticas e as ações de autocuidado;

- A saúde emerge numa relação estreita entre as competências que a pessoa apresenta enquanto agente de autocuidado, que permite a sua capacitação em termos da promoção do bem-estar e aquilo que diligência para poder atingir esse bem-estar, mesmo com uma doença crónica;
- Constitui-se também como um fator condicionante básico, na medida em que havendo um processo de doença, esta influencia a capacidade da pessoa desenvolver ações enquanto agente de autocuidado;
- O conceito de saúde promove assim uma perspetiva não de ausência de doença, mas a capacidade que a pessoa tem para manter o equilíbrio no sentido desta relação necessidades terapêuticas/ações de autocuidado, sendo que se houver desequilíbrio, que seja no sentido do excesso das ações, isto é, a pessoa tem capacidades que excedem as suas necessidades;
- A relação entre o *"Self"* da pessoa e a sua conceção de saúde contribui para a identificação dos requisitos de autocuidado: universais, desenvolvimento e desvio de saúde;
- Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento e desvio de saúde emergem neste estudo pelas dimensões que integram, isto é, são características que permitem que a pessoa possa desenvolver ações e atingir o autocuidado na gestão dos diferentes regimes terapêuticos;
- O ambiente nesta dimensão da gestão dos diferentes regimes terapêuticos surge numa perspetiva de fator que pode influenciar quer de forma positiva ou negativa. Podemos integrar este fator como sendo um fator condicionante básico, pela sua conceção na relação com a pessoa;
- O ambiente constitui-se como fator relacionado com o trabalho, recursos e atividades de vida diárias que podem influenciar a pessoa na gestão dos diferentes regimes terapêuticos;
- A enfermagem surge numa perspetiva da centralidade dos cuidados na pessoa com doença cardiovascular, onde o objetivo maior é a promoção do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos;
- A enfermagem intervém sempre que haja um desequilíbrio na relação entre as necessidades e ações de autocuidado que a pessoa apresenta no seu processo de saúde/doença;
- A enfermagem desenvolve intervenções que são transversais às necessidades terapêuticas de autocuidado da pessoa sistematizadas na

metodologia científica – processo de enfermagem, ou seja, avaliação, planeamento, implementação e avaliação;

- As intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular centram-se na avaliação através dos requisitos de autocuidado de desenvolvimento e desvio de saúde, capacidades da pessoa enquanto agente de autocuidado, necessidades terapêuticas de autocuidado, que ações de autocuidado desenvolve;
- As intervenções de enfermagem centram-se no âmbito da teoria dos sistemas, mais especificamente no sistema de apoio e educação, pelas suas dimensões para a capacitação da pessoa que ainda tem condições numa relação estreita entre os fatores condicionantes básicos, necessidades terapêuticas e ações de autocuidado;
- As intervenções de enfermagem são também promotoras de comportamentos de autocuidado que resultam de um processo de transição saúde/doença (Meleis, 1991) ou seja, a pessoa integra as capacidades adquiridas no dia-a-dia como fazendo parte dos seus hábitos;

5 - CONCLUSÕES

As conclusões do estudo emergem da análise e discussão dos resultados que culminou numa teoria prescritiva de enfermagem de promoção do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular. Valorizando a qualidade dos resultados obtidos cuja explicação é possível pela teoria apresentada.

Consideramos os objetivos e as questões de investigação para a congruência e solidez dos resultados transformados em evidência, ao concluir sobre os aspetos inerentes a cada um dos temas identificados. A conceção dos quatro temas, *razão do cuidado de enfermagem, instrumentos que suportam o cuidado de enfermagem, o cuidado em si mesmo e os resultados do cuidado de enfermagem* constitui-se como o fio condutor para as conclusões centradas nos temas, explicitamos em cada um as dimensões essenciais que permitem a compreensão do fenómeno.

Em relação à razão do cuidado de enfermagem, ao longo do processo de cuidados a enfermagem parte de uma dimensão objetiva da avaliação em que os dados centrados na pessoa e apresentados pela situação clínica são o mote para a iniciar, sendo, portanto, uma intervenção autónoma de enfermagem centrada nas necessidades da mesma. A informação clínica é mobilizada pela enfermagem no sentido de compreender as razões pela qual a pessoa necessita de cuidados.

Na dimensão desta avaliação a enfermagem mobiliza um conjunto de atividades inerentes à função interdependente que ajudam a complementar essa informação centrada essencialmente em procedimentos técnicos, mas que no seu todo se conjugam para o conhecimento da situação clínica cujos resultados constituem-se de extrema relevância na compreensão e interpretação do que se passa com a pessoa.

A avaliação das necessidades permite prestar cuidados com uma visão holística da pessoa. Também de forma intencional a enfermagem intervém ao conhecer

as reais necessidades da pessoa, o contexto em que vive centrada em intervenções como conhecer, identificar, avaliar, apoiar, ajudar na promoção do seu autocuidado, mas equacionando as capacidades enquanto agente de autocuidado.

No que diz respeito aos instrumentos que suportam o cuidado, emergem ações de enfermagem centradas na relação interpessoal, julgamento clínico e tomada de decisão. Quando a enfermagem assume na sua prática clínica uma intervenção como um cuidado imprescindível para poder desenvolver uma avaliação e consequente planeamento - a relação interpessoal, podemos afirmar que a essência do cuidado por si só baseado nesta ação se situa num paradigma onde o respeito pelos valores e crenças da pessoa integram o cuidado de enfermagem enquanto conceito.

Em todas as intervenções de enfermagem identificadas a relação interpessoal está presente. Considerada pelas pessoas como importante para uma enfermagem cujos valores humanistas promovem o cuidado nas ações que implementa.

A competência no julgamento clínico e na tomada de decisão é influenciada pela forma como a enfermagem implementa as intervenções que traduzem a ação de enfermagem relação interpessoal. Verificamos que a mesma contribui para uma avaliação e planeamento centrados na singularidade da pessoa cujo resultado traduz-se numa enfermagem individualizada na promoção da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular.

A enfermagem intervém porque a pessoa necessita de cuidados, o que permite afirmar que o planeamento se constitui numa intervenção de enfermagem integrada na ação tomada de decisão. O planeamento permite assim estruturar a implementação das intervenções de enfermagem centradas na satisfação e promoção do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular. Esta emerge quer da pessoa que toma consciência da necessidade de cuidados pela situação de saúde doença, mas que enquanto agente de autocuidado desenvolve comportamentos que lhe permitem respostas adequadas à situação ou tem a capacidade de procurar apoio e educação. A enfermagem enquanto sistema de apoio e educação contribui com a implementação dos cuidados em parceria, tendo em conta estas necessidades promovendo a autogestão dos diferentes regimes terapêuticos.

De salientar que apesar de integrarmos o tema instrumentos que suportam o cuidado de enfermagem, os resultados evidenciam que este tema integra dimensões muito importantes, mas emerge como transversal a todo o processo de cuidados, daí esquematicamente estar na base e em relação com todos os outros temas.

De acordo com a conceção que assumimos em relação à ação e intervenção de enfermagem, relevamos neste tema as intervenções que integram cada uma das ações explícitas anteriormente e que permitem à enfermagem mobilizar as competências no âmbito da relação terapêutica, da comunicação, da escuta, da disponibilidade e envolvimento da pessoa nos cuidados. Constatamos que todas estas intervenções são valorizadas pelas pessoas como cuidados importantíssimos que promovem sentimentos de confiança, proximidade, capacidade para partilhar informações e aspetos pessoais da vida e assumem que desenvolvem uma consciência de si e da situação e por conseguinte uma autorresponsabilização que faz com que se sintam a contribuir para a sua saúde e bem-estar.

Podemos concluir que em relação aos temas já abordados demonstramos que existe uma congruência face à conceção do processo de cuidados segundo Amendoeira (2001), ou seja, todas as ações e intervenções de enfermagem desenvolvem-se nesta perspetiva da enfermagem enquanto profissão autónoma com responsabilidade na prestação de cuidados segundo a metodologia científica do processo de enfermagem. Assim em relação aos dois temas a avaliação e planeamento emergem como organizadores do cuidado de enfermagem.

No âmbito do cuidado em si mesmo que se constitui como tema, identificamos e foram percecionadas pelas pessoas as ações de enfermagem centradas essencialmente em duas dimensões: capacitação da pessoa para o autocuidado e a documentação do cuidado. Em relação a este tema emergem integradas nestas ações um conjunto de intervenções de enfermagem implementadas que as pessoas percecionam como importantes para se sentirem mais capacitadas para a autogestão dos diferentes regimes terapêuticos. Em relação à documentação do cuidado é percecionada pelas pessoas numa perspetiva de responsabilidade e de segurança em relação à informação quer registada quer comunicada, assim como numa dimensão de continuidade e qualidade dos cuidados.

A capacitação da pessoa para o autocuidado constitui dois polos no processo de cuidados, 1) como ação de enfermagem que pela sua definição integra um conjunto de intervenções que podemos considerar de tratamento, onde o julgamento e conhecimento clínico é mobilizado e que se traduz num resultado para a pessoa; 2) como um resultado, ou seja, não deixando de ser uma intervenção no seu todo, verificamos que é um cuidado que integra o resultado esperado, onde a enfermagem contribui caso a pessoa não o consiga, torna-la mais capaz para as tomadas de decisão e assim desenvolver autonomia.

A documentação do cuidado mais do que um registo surge como um conjunto de ações cujo processo permite à enfermagem criar uma base de dados tendo em vista a avaliação dos resultados, a informação partilhada e a continuidade do cuidado.

O tema resultados do cuidado de enfermagem integra ações centradas nos comportamentos de autocuidado e processo de transição. A enfermagem ao promover estas ações desenvolve uma avaliação centrada em todo o processo no sentido de compreender com a pessoa o resultado das ações e intervenções planeadas e implementadas. Relevamos neste âmbito o conceito de concordância por considerarmos que os resultados do cuidado de enfermagem assentam nesta perspetiva de cuidados em parceria, onde a pessoa valoriza o fato de sentir-se integrada no processo e poder contribuir para o seu estado de saúde e bem-estar. Constatamos nas respostas das pessoas que desta forma sentem-se mais capazes para gerirem a sua situação. (Williams, Manias, Walker, 2008 citando Haynes, 2005; Brunton, 2011)

Integradas nas ações referidas anteriormente surgem as intervenções de enfermagem centradas no apoio e satisfação das necessidades em parceria com a pessoa e que levam à promoção de comportamentos de autocuidado, ressaltando que a enfermagem nesta dimensão da satisfação das necessidades tem como principal preocupação não os cuidados de substituição, mas encontrar com as pessoas estratégias que lhes permitam desenvolver comportamentos de autocuidado no âmbito da gestão dos diferentes regimes terapêuticos.

A satisfação das necessidades tem como premissa a pessoa apresentar condições para se auto capacitar e para ser capacitada através de estratégias que passam pela educação em saúde cujas técnicas integram os cuidados referenciados no cuidado em si mesmo, isto é, ensinios, informação escrita,

sessões individuais e de grupo demonstrativas e de treino, reavaliação das capacidades e acompanhamento próximo da pessoa até se verificar o comportamento de autocuidado. Todas dimensões de extrema relevância para que a pessoa realmente possa vir a desenvolver o autocuidado no dia-a-dia.

Os comportamentos de autocuidado no âmbito da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos na pessoa com doença cardiovascular são todos os comportamentos e atitudes que a pessoa desenvolve tendo em conta as suas capacidades em conjunto com o apoio e a satisfação das mesmas por parte da enfermagem que a levam a decidir e optar de forma consciente, informada e responsável tendo em vista a sua saúde e bem-estar.

O processo de transição na pessoa com doença cardiovascular poder-se-á traduzir desta forma: comportamentos de autocuidado demonstrados pela pessoa no âmbito da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos que integram os conhecimentos e habilidades que adquiriu de forma individual e com o apoio e educação do cuidado de enfermagem.

A transição saúde/doença é referida pela pessoa como a autoconsciência da forma como se deve manter para atingir o equilíbrio entre as necessidades e ações de autocuidado. É evidente que a pessoa não verbaliza desta forma, mas sim mobiliza aspetos do seu dia-a-dia que nos levam a afirmar que esta transição é efetiva.

Contributos para a prática clínica

Os resultados do estudo permitem explicitar que as intervenções de enfermagem centradas nas necessidades das pessoas com doença cardiovascular no âmbito da gestão dos diferentes regimes terapêuticos capacitam as mesmas para uma tomada de decisão responsável, desenvolvem uma consciência do seu processo de saúde doença no sentido autocrítico cujos resultados traduzem pessoas com capacidade para a autogestão dos diferentes regimes terapêuticos.

Também podemos constatar que a metodologia científica processo de enfermagem demonstra que as intervenções de enfermagem traduzem um processo de cuidados centrado numa avaliação onde emergem ações de enfermagem no âmbito da gestão da informação clínica, normatividade dos cuidados, avaliação das necessidades de autocuidado e centralidade das pessoas. Todas estas ações de enfermagem, ou seja, os comportamentos dos

enfermeiros integram a avaliação da pessoa, o que nos permite afirmar que no âmbito da prática clínica o estudo poderá sustentar que a mesma tem como missão a promoção da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular. Permite-nos elencar um conjunto de intervenções de enfermagem centradas nestas ações e que se constituem como uma estrutura sistematizadora para a enfermagem, de que destacamos: falar com a pessoa sobre o diagnóstico médico, saber como aconteceu a sua situação, saber da medicação habitual, conhecer os problemas de saúde anteriores, validar os dados, confirmar, administrar e explicar a medicação, avaliar sinais vitais e outros parâmetros, conhecer os hábitos de vida, o contexto onde vive, Avaliar as suas necessidades, estar atento às necessidades, validar o que sabe sobre a situação, Validar com a pessoa o que sabia sobre a situação, Perceber como a pessoa resolve as necessidades, As razões das decisões da pessoa face às necessidades, Confirmar com a pessoa a informação transmitida

De acordo com o processo de enfermagem esta avaliação integra algumas dimensões do cuidado que fundamentam as ações que denominamos de relação interpessoal, julgamento clínico e tomada de decisão cujas intervenções permitem afirmarmos como relevantes para a avaliação, uma vez que foram relevadas pelas pessoas como importantes. Portanto estruturalmente poder-se-á constituir como uma forma de estruturar e sistematizar na prática clínica de enfermagem estas intervenções: estabelecer com a pessoa uma relação terapêutica, manter uma atitude de escuta, comunicar com a pessoa numa linguagem clara e perceptível, promover o envolvimento da pessoa nos cuidados, explicar a razão dos cuidados à pessoa, analisar a situação de acordo com as necessidades da pessoa, prioridade dos cuidados, validar a prioridade dos cuidados, planear os cuidados de enfermagem de acordo as necessidades.

Numa outra etapa do processo surgem então ações de enfermagem centradas na implementação das ações e intervenções que emergem para dar resposta e como continuidade da avaliação. Propomos então as ações de enfermagem, capacitação para o autocuidado e documentação do cuidado, onde elencamos um conjunto de intervenções, que na prática clínica emergiu e é valorizado pelas pessoas como cuidados importantes: informar sobre os cuidados a ter no dia-a-dia, ensinar a pessoa de acordo com as necessidades, validar com a pessoa a informação dada sobre os cuidados, estabelecer com a pessoa metas possíveis de serem atingidas, elogiar as capacidades demonstradas da pessoa, registar os cuidados prestados à pessoa, validar com a pessoa os registos anteriores antes

de prestar cuidados, partilhar a informação da pessoa entre os profissionais, enviar a informação da pessoa que garante a continuidade dos cuidados.

Por último a necessidade de avaliar os resultados das ações e intervenções de enfermagem, propomos como ações capacitação para o autocuidado e processo de transição, com intervenções de enfermagem que foram relevadas pelas pessoas como importantes: apoiar a pessoa nas suas necessidades, proporcionar a satisfação das necessidades, validar com a pessoa as capacidades adquiridas, reforçar a informação dos cuidados, reformular os cuidados para gerir melhor a situação de saúde/doença.

Contributos do estudo para a investigação

Um dos grandes contributos de um processo de investigação é sem dúvida o desenvolvimento pessoal e profissional do investigador. No entanto, com este estudo pretendemos dar continuidade e desenvolver um conjunto de projetos centrados nesta temática do autocuidado gestão do regime terapêutico.

Em primeiro lugar consideramos relevantes os resultados do estudo, pelo que pretendemos desenvolver um trabalho de continuidade do mesmo. O objetivo centra-se em primeiro lugar podermos mobilizar a entrevista etnobiográfica que realizamos às pessoas com doença cardiovascular noutros contextos com outros participantes no sentido de avaliar a perceção dos mesmos em relação às intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos. Esta avaliação irá centrar-se na área de influência da instituição de ensino superior onde trabalhamos, cujas parcerias com instituições de saúde são uma dimensão de extrema relevância e com relações de proximidade que permitirão desenvolver esta replicação e a partir daí desenvolver estratégias no sentido da melhoria e garantia da qualidade dos cuidados prestados às pessoas.

Também ainda no âmbito da instituição de ensino superior onde exercemos funções e integramos como investigadores a Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde pretendemos desenvolver uma linha de investigação no âmbito da temática autocuidado gestão do regime terapêutico. Esta Unidade já integra um projeto com esta temática, mas em pessoas não só com doença cardiovascular, mas também com diabetes. Pretendemos assim desenvolver este projeto não só ao nível da área de influência, mas também ao nível nacional. Aliás considerando o trabalho já desenvolvido, pretendemos mobilizar parceiros

que de alguma forma já integram esta Unidade e com os quais já foram realizadas reuniões anteriores enquanto Comité para a prática baseada em evidência.

Contributos para a formação

No âmbito da formação ao desenvolvermos estes projetos pretendemos integrar estudantes de 1º ciclo e 2º ciclo nestes projetos. Em relação aos estudantes de 1º ciclo essencialmente num estadio de aprendizagem onde se preconiza a integração de conhecimentos no âmbito das técnicas de colheita e análise de dados, em relação aos estudantes do 2º ciclo no sentido de desenvolverem competências num processo de investigação centrando as mesmas nas áreas de interesse individual ou do contexto onde prestam cuidados.

Desenvolver uma teoria prescritiva de enfermagem contribuirá para que no âmbito da formação possamos trabalhar com os estudantes de forma sistematizada intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos. Também centrar os estudantes nas respostas humanas aos processos de saúde doença que neste estudo emerge pela validação por parte das pessoas das intervenções de enfermagem implementadas, ou seja, os resultados das intervenções foram valorizados pelas mesmas.

Consideramos o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem centrado nas necessidades das pessoas emergente para a sua integração nos processos de cuidados enquanto parceiras. Podemos afirmar que a pessoa quando envolvida no processo desenvolve uma consciência responsável e toma decisões com base nas capacidades adquiridas e demonstra comportamentos de autocuidado em autogestão dos diferentes regimes terapêuticos.

Contributos para a gestão

Consideramos que a integração na prática clínica de enfermagem dos resultados da investigação promove uma melhoria contínua na gestão dos processos de cuidados, numa perspetiva da centralidade da pessoa nos mesmos. Permite-nos inferir que tendo por base a profissão e a conceção dos cuidados de enfermagem que os enfermeiros integram no seu dia-a-dia, esta teoria é uma mais-valia para a prática clínica pelo facto de demonstrarmos que as ações e as intervenções de enfermagem no âmbito da promoção do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos desenvolvidas pelos enfermeiros nos contextos e que

simultaneamente são valorizados pelas pessoas com doença cardiovascular traduzem-se em resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Consideramos que esta teoria prescritiva traz contributos para a prática clínica de enfermagem, uma vez que todo o desenho do estudo faz emergir uma preocupação centrada naquilo que é a razão para ação e a ação integrando quer aquilo que os enfermeiros no seu dia-a-dia desenvolvem com as pessoas, quer também na forma como as pessoas percecionam esses cuidados.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abib, Gustavo, Hoppen, Norberto, Junior, Paulo Hayashi. (2013). Observação participante em estudos de administração da informação no Brasil. V. 53. n. 6 nov-dez. São Paulo. 604-616 pp.
- Administração Regional de Saúde do Norte. (2009). Comissões de Ética para a Saúde da Região Norte.
- Ai, A.; Carrigan, L. (2007). Social-Strata-Related Cardiovascular Health Disparity and Comorbidity in an Aging Society: Implications for Professional Care. In Health & Social Work. 32(2). 97-105 pp.
- Amendoeira et al. (2003). Os Instrumentos Básicos na Construção da Disciplina de Enfermagem. Expressões e Significados. Santarém. 241 pp.
- Amendoeira, J. (2000). O cuidado de enfermagem – que sentido(s)?, In: Costa, et al. Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de formação. Balanço de um Projeto. Lisboa.
- Amendoeira, José, Cunha, M. Fátima, Pinto, M. Rosário, Silva, Mário & Rosa, Marta. (2013). Autocuidado gestão do regime terapêutico – intervenção do enfermeiro: Uma revisão sistemática de literatura. Santarém. Revista UilPS. 1(4). 36-54 pp.
- Amendoeira, José. (2006). Enfermagem, disciplina do conhecimento, Revista Sinais Vitais. Julho.
- Amendoeira, José. (2006). *Uma biografia Partilhada de enfermagem. A segunda metade do século XX 1950-2003. Um contributo sócio-histórico*. Coimbra. Lusodidata. 485 pp.
- Amendoeira, José; Barroso, Isabel; Silva, Mário. (2014). A narrativa na investigação qualitativa. Santarém. Livro de resumos da UilPS. 185 p.

- Amorim, Delimânia da Silva & Marcucci, Rosa Maria Bruno. (2011). Raciocínio clínico aplicado ao Processo de Enfermagem: revisão integrativa. Rev Enferm UNISA. 12(1). 43-47 pp.
- Anthony, M. (2008). Hypoglycemia in Hospitalized Adults. Medsurg Nursin. 17(1). 31-40 pp.
- Araújo, Gilmara Barboza da Silva & Garcia, Telma Ribeiro. (2006). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: Uma análise conceitual. Brasil. Revista Eletrônica de Enfermagem. 8(2). 259-272 pp.
- Balsa, Casimiro (org). (2006). Confiança e Laço Social. Lisboa. Edições Colibri/CEOS. 25-47 pp.
- Barbosa, Silvia Freita & Tronchin, Daisy Maria Rizatto. (2015). Manual de monitoramento da qualidade dos registros de enfermagem na assistência domiciliar. Rev. Bras. Enferm. mar-abr. 68(2). 253-60 pp.
- Bardin, Laurence. (2013). *Análise de Conteúdo*. Lisboa. Edições 70, Lda. 281 pp.
- Bastos, Fernanda Santos. (2012). A pessoa com doença Crónica. Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico. Universidade Católica Portuguesa. Porto. 392pp.
- Ben-Arye, E, Lear, A. & Doron, H.; Margalit, R. (2007). Promoting Lifestyle Self-Awareness Among the Medical Team by the Use of an Integrated Teaching Approach: A Primary Care Experience. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. 13 (4). 461-469 pp.
- Bevis, Olívia & Watson, Jean. (2005). Rumo a um Currículo: Uma Nova Pedagogia para a Enfermagem. Lusociência. Loures. 443pp.
- Blanski, C. & Lenardt, M. (2005). A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. Ver. Gaúcha Enfermagem. 26(2). 180-188 pp.
- Boehs, Astrid Eggert. (2000). A narrativa no mundo dos que cuidam e são cuidados. Rev. latino-am. enfermagem - Ribeirão Preto. 8(3). 5-10 pp.
- Bogdan, Robert & Biklen, Sari. (1994). Investigação Qualitativa em Educação. Uma Introdução à Teoria e aos Métodos. Porto Editora, Lda. Porto. 335 pp.
- Bosworth, Hayden B. et al. (2009). Two Self-management Interventions to Improve Hypertension Control. A Randomized Trial. American College of Physicians. Annals of Internal Medicine. 15(10). 687-695 pp.

- Boterf, Guy le. (2006). Avaliar a competência de um profissional. Três dimensões a explorar. CRH. Pessoal. 60-63 pp.
- Brunton, Stephen A. (2011). Improving Medication adherence in chronic disease Management. North Carolina. Supplement to the Journal of Family Practice. 60(4). 81-88 pp.
- Bryman, Alan. (2012). *Social Research Methods*. Four edition. Oxford University Press.
- Burns, S. (2009). Application of the theory of planned behavior to oral anticoagulant therapy. Nursing and Health Sciences. 11. 98-101 pp.
- Cardoso, Rosana Lopes, Tibúrcio, Pedro Luiz Naglis & Silva, Nelson Albuquerque de Souza. n. d. Julgamento clínico – A ciência e a compreensão da racionalidade humana no processo de decisão clínica. Brasil. Universidade Federal Rio de Janeiro. 124-133 pp.
- Caria, Telmo, H. (2002). Experiência Etnográfica em Ciências Sociais. Edições Afrontamento. Porto. 183pp.
- Carper, B. A. (1997). Fundamental Partners of Knowing. In: Nicoll, Leslie H. Perspectives on Nursing Theory. Third edition. Philadelphia: Lippincott. Library of Congress. 247-256 pp.
- Carvalho, Amâncio António de Sousa. (2007). Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior. Universidade do Minho. Instituto de Estudos da Criança. 330pp.
- Catela, Alda Isabel. (2010). Viver a adesão ao regime terapêutico. Experiências vividas do doente submetido a transplante cardíaco. Lisboa. Pensar Enfermagem. 14(2). 39-54 pp.
- Cerullo, Josinete Aparecida da Silva Bastos & Cruz, Diná de Almeida Lopes Monteiro. (2010). Raciocínio clínico e pensamento crítico. Brasil. Universidade de São Paulo. Rev Latino-Am. Enfermagem. 18(1). 1-6 pp.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica. Fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Chan, Bibiana C., Laws, Rachel A., Williams, Anna M., Davies, Gawaine Powell, Fanaian, Mahnaz & Harris, Mark F. (2012). Is there scope for community health

- nurses to address lifestyle risk factors? The Community Nursing SNAP Trial. Austrália. BMC Nursing. 11(4). 1-9 pp.
- Cohen, Shannon Munro. (2009). Concept Analysis of Adherence in the Context of Cardiovascular Risk reduction. Hawai. Nursing Forum. Wiley Periodical, Inc. Nursing & Allied Health Source. 44(1). 25-36 pp.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2003). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CIPE Versão Beta 2. Lisboa. Edição Associação Portuguesa de Enfermeiros. 227 pp.
- Corrêa, Consuelo Garcia. (2003). Raciocínio Clínico: O Desafio do Cuidar. São Paulo. Tese Doutorado. 172 pp.
- Correia, Maria da Conceição Batista. (2009). A observação participante enquanto técnica de investigação. Pensar Enfermagem. Vol. 13. nº 2. 2º semestre. 30-36 pp.
- Costa, Loide Janine Delgado. (2014). Registos de enfermagem: sua influência na qualidade dos cuidados prestados. Brasil. Universidade do Mindelo. 74pp.
- Costa, Maria Arminda. (2002). *Cuidar de idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Lisboa. EDUCA. Coedição Formasau. 327 pp.
- Craig, Jean V. Smyth & Rosalind L. (2004). Prática Baseada na Evidência, Manual para Enfermeiros. Lusociência. Loures. 309pp.
- Damásio, António. (2000). *O Erro de Descartes. O sentimento de si. O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. Portugal. Publicações Europa América. 424 pp.
- DeSimone, M.; Crowe, A. (2009). Nonpharmacological approaches in management of hypertension. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 189-196 pp.
- Diógenes, M.A.R. & Pagliuca L.M.F. (2003). Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre. 24(3). 286-93 pp.
- Direção Geral de Saúde. (2006). Atualização do Programa Nacional e Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. 3/DSPCS.
- Direção Geral de Saúde. (2010). Elementos estatísticos - Informação Geral Saúde. Lisboa.

- Dochterman, J.C. & Bulechek, G.M. (Eds.). (2004). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. St. Louis. 4ª ed. 19 pp.
- Doran, D. (2003). *Nursing Outcomes, State of the Science*. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. 1ª Ed.
- Dunlay, Shannon M., Eveleth, Jessica, M., Shah, Nilay D., McNallan, Sheila M. & Roger, Véronique L. (2011). Medication Adherence Among Community-Dwelling Patients With Heart Failure. *Mayo Clinic Proceedings. Nursing & Allied Health Source*. 86(4). 273- 281 pp.
- Dutra, Elza. (2002). A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*. 7(2). 371-378 pp.
- Effa-Heap, Gladys. (2009). "Blood transfusion: implications of treating a Jehovah's Witness patient". *British Journal of Nursing*. 18(3). 174-177 pp.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. Philadelphia PA. 2nd Ed.
- Ferreira, Mónica Alexandra Gonçalves & Pontes, Manuela; Ferreira, Nuno. (2009). Cuidar em enfermagem – percepção dos utentes. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Porto. Edições Universidade Fernando Pessoa. Lisboa. 358-366 pp.
- Fitzpatrick, Joyce J & Whall, Ann L. (2005). *Conceptual Models of Nursing. Analysis and application*. Fourth Edition. Pearson Prentice Hall. USA.
- Flick, Uwe. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. 1ª edição. Lisboa. Monitor, Lda.
- Fonseca, César João Vicente. (2006). A tomada de decisão dos enfermeiros face aos cuidados que prestam no Hospital. Lisboa. Universidade Aberta. 185 pp.
- Fonseca, César, Basto, M.L., Vilelas, J., Castro, C. & Botelho, M.A. (2012). Ganhos das intervenções de enfermagem individualizadas: Revisão sistemática da literatura. Portugal. *Rev. Rene*. 13(2). 479-479 pp.
- Forster, A., Murff, H.; Peterson, J. & Gandhi, T.; Bates, D. (2003). The Incidence and Severity of Adverse Events Affecting Patients after Discharge from the Hospital. *Annals of Internal Medicine*. 138 (3). 161-167 pp.
- Fortin, Marie-Fabienne. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures. Lusodidata. 581pp.

- Foss, C. (2011). Elders and patient participation revisited – a discourse analytic approach to older persons’ reflections on patient participation. *Journal of Clinical Nursing*. 20. 2014-2022 pp.
- Friberg, F., Granum, V. & Bergh, A. (2012). Nurses’ patient education work: conditional factors – an integrative review. *Journal of Nursing Management*. 20. 170-186 pp.
- Goldstein, Perry C. (2006). Impact of Disease Management Programs on Hospital and Community Nursing Practice. *Nursing Economic\$*/november-december. 24(6). 308-314 pp.
- Gomes de Sá, Marcio & Benício de Mello, Sérgio Carvalho; (2009). *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro. 43(1). 175-205 pp.
- Gruber, Marcia & Hartman, Rosanne. (2007). Don't overlook “communication competence”. *Nursing Management*. 12-14 pp.
- Henriques, M. (2006). Adesão ao regime terapêutico em idosos. Revisão sistemática (2004-2006). UL: ESEL.
- Henriques, Maria Adriana Pereira. (2011). Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem. Universidade de Lisboa e Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa. 229pp.
- Hobbs, Richard & Arroll, Bruce. (2009). Abordagem do risco cardiovascular. Edições médicas. Algés. 1º fascículo. 83pp.
- Hughes, Carmel M. (2008). Compliance with Medication in Nursing Homes for Older People. Resident Enforcement or Resident Empowerment? Irlanda. *Drugs & Aging. Nursing & Allied Health Source*. 25(6). 445-454 pp.
- Ingersoll, Karen S. & Cohen, Jessye. (2008). The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: a review of literature. *J. Behav Med*. 31. 213-224 pp.
- Jesus, Élvio Henriques. (2004). Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto. 451 pp.
- Jones, Alun Charles & Cutcliffe, John R. (2009). “Listening as a method of addressing psychological distress”. *Journal of Nursing Management*. 17. 352-358 pp.

- K, Sprakes. J, Tyrer. (2010). "Improving wound and pressure area care in a nursing home". *Nursing Standard*. 25(10). 43-49 pp.
- Kaminsky, E.; Rosenqvist, U. & Holmström, I. (2008). Telenurses' understanding of work: detective or educator?. *Journal of Advanced Nursing*. 65(2). 382-390 pp.
- Krousel-WoodAdverse, Marie A. et al. (2010). Effects of Complementary and Alternative Medicine on Antihypertensive Medication Adherence: Findings from the Cohort Study of Medication Adherence Among Older Adults. *Journal American Geriatrics Society*. 58(1). 54-61 pp.
- Kutzleb, Judith & Reiner, Dana. (2006). The impact of nurse-directed patient education on quality of life and functional capacity in people with heart failure. USA. *Journal of the American Academy of Nursing Practitioners Nursing & Allied Health Source*. 18(3). 116-123 pp.
- Latimer, Joanna. (2005). *Investigação Qualitativa Avançada Para Enfermagem*. 1ª ed. Instituto Piaget. Lisboa.
- Lazure, Héléne. (1994). *Viver a relação de ajuda – abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa. Lusodidata.
- Le Boterf, Guy. *De La Compétence; Essai sur un attracteur étrange*. Les Éditions D`Organization. Paris. (1995). ISBN: 2-7081-1753-X. 175p.
- Lee, A., Chui; A., Tang, S., Tsoi, T. & Fong, D. (2009). Predictors of poststroke quality of life in older Chinese adults. *Journal of Advanced Nursing*, 554-564pp.
- Leininger, M. (1991). *Cultural Care diversity & Universality: A theory of nursing*. New York. Nthional League for Nursing.
- Leite, Silvana Nair & Vasconcelos, Maria da Penha Costa. (2003) Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Brasil. Ciência e Saúde Coletiva*. 8(3). 775-782 pp.
- Liu, W., Manias, E. & Gerdtz, M. (2011). Understanding medication safety in healthcare settings: a critical review of conceptual models. *Nursing Inquiry*. 18(4). 290-302 pp.
- Lunelli, Rosana Pinheiro, Portal, Vera Lúcia, Esmério, Francieli Gianchini, Moraes, Maria Antonieta & Souza, Emiliane Nogueira. (2009). Adesão medicamentosa e

- não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana. Brasil. Acta Paul enferm. 22(4). 367-373 pp.
- Machado, M. (2009). Adesão ao regime terapêutico: representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros. (<http://hdl.handle.net/1822/9372>).
- Manias, E. (2010). Medication communication: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing. 66(4). 933-943 pp.
- Marcolino, Taís Quevedo & Mizukami Maria da Graça Nicolletti. (2008). Narrativas, processos reflexivos e prática profissional: apontamentos para pesquisa e formação. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 12(26). 541-547 pp.
- Marcon, Sonia Silva, Elsen, Ingrid. 2000. Estudo qualitativo utilizando observação participante - análise de uma experiência. Brasil. Acta Scientiarum 22(2):637-647.
- Martins, Amaro et al. (2008). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem?. Lisboa. Pensar Enfermagem. 12(2). 52-61 pp.
- McEwen, M.; Wills, E.M. (2009). Bases teóricas para Enfermagem. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Mcewen, S., Polatajko, H., Huijbregts, M. & Ryan, J. (2009). Exploring a cognitive-based treatment approach to improve motor-based skill performance in chronic stroke: Results of three single case experiments. Brain Injury. 23(13-14). 1041-1053 pp.
- Meleis, A. I. (1991). *Theoretical Nursing: Development & progress*. Second Edition. Philadelphia. J.B. Lippincott Company.
- Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. n.d. Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M. (2008). Classificação dos resultados de enfermagem: NOC. Trad. Marta Avena. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood MA, Ward H. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich).10(5):348-354.

- Morrison, Jeanne. (2008). "The relationship between emotional intelligence competencies and preferred conflict-handling styles". *Journal of Nursing Management*. 16. 974-983 pp.
- Negreiros, Patrícia Lemos, Fernandes, Mayara de Oliveira, Macedo-Costa, Kátia Nêyla & Silva, Grazielle Roberta Freitas. (2010) Comunicação terapêutica entre enfermeiros e paciente de uma unidade hospitalar. Brasil. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 12(1). 120-132 pp.
- Neves, Maria do Céu Patrão & Pacheco, Susana. (2004). *Para uma ética da enfermagem. Desafios*. Açores. Gráfica de Coimbra. 579pp.
- Nieuwenhuijsen, Els R., Zemper, Eric, Miner, Kathleen R. & Epstein, Marcy. (2006). Health behaviour change models and theories: Contributions to rehabilitation. USA. *Disability and Rehabilitation*. 28(5). 245-256 pp.
- Nogueira, Maria Celeste Eloy Godinho & Amendoeira, José. A utilização do Pensamento Crítico no julgamento clínico para tomada de decisão: como aprendem os estudantes? (2013). Livro de Resumos. UilPS.
- Nosbusch, J. & Weiss, M. & Bobay, K. (2010). An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning. *Journal of Clinical Nursing*. 20. 754-774 pp.
- Nunes, Lucília. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. Lisboa. II Congresso Ordem dos Enfermeiros.
- Oliveira, Marinalva de Jesus, Demba, Azinaide Preciosa Mendes Baldaia, Emmendoerfer Magnus Luiz & Godoi, Christiane Kleinübing (2013). História Oral e o Método Biográfico: Congruências, Diferenças e Potencialidades de Utilização no Campo da Administração. Brasília. *EnEPQ*. 3-16 pp.
- OMS (2010). World health statistics 2010, World Health Organization.
- Ordaz, Olga. (2011). O Uso das Narrativas como Fonte de Conhecimento em Enfermagem. Lisboa. *Pensar Enfermagem*. 15(1).
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Edição Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 16 pp.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Edição Ordem do Enfermeiros. 187pp.

- Ordem dos Enfermeiros. (2003). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Edição Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 24 pp.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Conselho Internacional de Enfermeiros. Lisboa. 102 pp.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. 6th ed.. St. Louis, MO: Mosby.
- Orem, D.E. (1995). *Nursing: Concepts of practice*. 5th edition. St. Louis, MO: Mosby-Year Book Inc.
- Organização Mundial de Saúde. (2003). "Adherence to long-term therapies evidence for action." Available: http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf [Data da visita: 05/31/06].
- Ostermann, Thomas, Bertram, Mathias & Büssing, Arndt. (2010). "A pilot study on the effects of a team building process on the perception of work environment in an integrative hospital for neurological rehabilitation". BMC. Complementary and Alternative Medicine. 1-10 pp.
- Ownby, R. L., Hertzog, C., Crocco, E. & Duara, R. (2006). Factors Related to medication adherence in memory disorder clinic patients. USA. Aging & Mental Health. 10(4). 378-385 pp.
- Pascucci, M., Lazer, A., Belknap, D. & Kodumthara, E. (2010). Situational Challenges That Impact Health Adherence In Vulnerable Populations. Journal of Cultural Diversity. 17(1). 4-12 pp.
- Pereira, Patrícia & Botelho, Maria Antónia Rebelo. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática de Literatura. Lisboa. Pensar enfermagem.18(2) 61-73 pp.
- Perroca, Márcia Galan. (1997). Valores que norteiam o processo de tomada de decisão da enfermeira. Brasil. Rev.Esc.Enf.USP. 31(2). 206-218 pp.
- Petronilho, Fernando. (2012). Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem. Da Conceptualização aos Dados Empíricos através de uma Revisão da Literatura dos últimos 20 anos (1990-2011). Coimbra. Sinais Vitais. Formasau. 1ª edição.
- Phaneuf, Margot. (2004). Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação. Loures. Lusociência.

- Poirier, Paul, Turbide, Ginette, Bourdages, Josée, Sauvageau, Lyne & Houle, Julie. (2006). Predictors of compliance with medical recommendations regarding pharmacological and nonpharmacological approaches in patient with cardiovascular disease. Canadá. Clinical Investigative Medicine. Proquest Nursing Allied Health Source. 29(2). 91-103pp.
- Reach, G. (2004) Role of habit in adherence to medical treatment. Paris. Diabetic Medicine. 22. 415-420pp.
- Reiners, Annelita Almeida Oliveira, Azevedo, Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo, Vieira, Maria Aparecida & Arruda, Anna Lúcia Gawlinski. (2008). Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. 13(2). Ciência e Saúde Coletiva. 2299-2306pp.
- Ridge, R. (2007). Boosting insulin safety. Nursing. 37(2).
- Risser, Jessica, Jacobson, Terry A. & Kripalani, Sunil. (2007). Development and Psychometric of the Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS) in Low-Literacy Patients With Chronic Disease. USA. Journal of Nursing Measurement. 15(3). 203-219 pp.
- Rolim, K. M. C.; Pagliuca, L. M. F.; Cardoso, M. V. L. M. L. (2005). Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 432-440.
- Santos, Boaventura de Sousa (org.). (2003). *Conhecimento Prudente para uma Vida Decente. "Um Discurso sobre as Ciências"*. Porto. Edições Afrontamento. 775 pp.
- Santos, Elvira & Fernanda, Ananda. (2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. Coimbra. Referência. 11.
- Scala, D. (2008). 17th International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services.
- Scott-Smith, J. & Greenhouse, P. (2007). Transforming care at the bedside: Patient-controlled liberalized diet. Journal of Interprofessional Care. 21(2): 179-188 pp.
- Shih, Shaw-nin, Gau, Meei-Ling, Lo, Chi-Hui Kao & Shih, Fu-jin. (2005). Health Needs Instrument for hospitalized single-living Taiwanese elders with heart

- disease: triangulation research design. Taiwan. Journal of Clinical Nursing. 14. 1210-1222 pp.
- Silva, Abel A. P. e. 2007. "Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina". Servir, 55, 1/2: 11 - 20.
- Silva, Augusto Santos & Pinto, José Madureira. (2005). Metodologia Das Ciências Sociais. 13ª ed. Edições Afrontamento. Porto. 323 pp.
- Silva, Isabel, Pais-Ribeiro, José, Cardoso, Helena. (2006). Adesão ao tratamento da diabetes Mellitus: A importância das características demográficas e clínicas. Porto. Revista Referência. II Série(2). 34-41 pp.
- Silva, Mário & Amendoeira, José. (2014). Considerações éticas num estudo de investigação. Santarém. Livro de resumos da UiIPS. 176 p.
- Silva, Mário & Amendoeira, José. (2014). Da adesão à promoção do autocuidado – gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular. Santarém. Revista UiIPS. 2(5). 279-296 pp.
- Silva, Mário & Amendoeira, José. (2015). Os contributos do método etnográfico na construção de uma teoria prescritiva em enfermagem. Santarém. Revista UiIPS. 3(5). 317-384 pp.
- Silva, Mário & Amendoeira, José. (2016). A elaboração de uma entrevista etnográfica no processo de investigação. Santarém. Livro de resumos da UiIPS. 44p.
- Silva, Mário. (2010). *O ser humano e a adesão ao regime terapêutico. Um olhar sistémico sobre o fenómeno*. Coimbra: Formasau.
- Silva, Mário. (2012). A Enfermagem na capacitação para o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular. In Livro de atas. Conferência Internacional sobre Enfermagem Geriátrica. UCP – ICS e Fundação D. Pedro IV. 85-101pp.
- Silva, Verlândia Medeiros & Murai, Hogla Cardozo. (2012). Aplicabilidade da Teoria do Autocuidado: evidências na bibliografia nacional. Rev. enferm. UNISA. Brasil. 13(1). 59-63 pp.
- Silveira, Lia Márcia Cruz & Ribeiro, Victória Maria Brant. (2005). Grupo de adesão ao tratamentos: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. Brasil. Interface. Comunic. Saúde. Educ. 9(16). 91-104 pp.

- Sipilä, R.; Ketola, E. & Tala, T.; Kumpusalo, E. (2008). Facilitating as a guidelines implementation tool to target resources for high risk patients – The Helsinki Prevention Programme (HPP). *Journal of Interprofessional Care*. 22(1): 31 – 44 pp.
- Sousa, Maria Rui Miranda Grilo Correia. (2003). Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2. <http://hdl.handle.net/1822/668>. [RepositóriUM - Universidade do Minho](#).
- Spradley, P. James. (1980). *Participant Observation*. USA. Harcourt Brace Jovanovich.
- Strauss, Anselm & Corbin, Juliet. (1998). *Basics of Qualitative Research Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 2nd Edition. London.
- Streubert, Helen J. & Carpenter, Dona R. (2002). *Investigação Qualitativa Em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª ed. Lusociência. Loures.
- Strunk, J., Townsend-Rocchiccioli, J. & Sanford, J. (2013). The Aging Hispanic in America: Challenges for Nurses in a Stressed Health Care Environment. *MEDSURG Nursing*. 22(1). 45-50 pp.
- Sutherland, Debbie & Hayter, Mark. (2009). Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases. USA. *Journal of Clinical Nursing*. Blackwell Publishing, Ltd. 18. 2978-2992 pp.
- Takahiro, H.; Shekelle, P. & Adams, J. (2005). Quality of Care Is Associated with Survival in Vulnerable Older Patients. *American College of Physicians*. 143 (4): 274-281pp.
- Taylor, S. (2004). *Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem* In: Tomey; Alligood. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª Ed. Loures: Lusociência.
- Thompson, David R. et al. (2011). Motivational interviewing: a useful approach to improving cardiovascular health? *Journal of Clinical Nursing*. Blackwell Publishing Ltd. 20.1236-1244pp.
- Toledo, Melina Mafra, Rodrigues, Sandra de Cássia & Chiesa, Anna Maria. (2007). Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica

- para um velho problema. Brasil. Texto & Contexto Enfermagem. 16(02). 233-238 pp.
- Tomey, Ann Marriner. Alligood, Martha Raile. (2004). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ª ed. Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures.
- Vieira da Silva, Denise Guerreiro; Trentini, Mercedes. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. (2002). Rev Latino-am Enfermagem. 10(3). 423-32 pp.
- Waldow, Vera Regina. (2009). Momento de cuidar: momento de reflexão na ação. Rev Bras Enferm. Brasília. 62(1). 140-5 pp.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2005). Strategies for theory construction in nursing (4th ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Washburn, Susan C. & Hornberger, Cynthia A. (2008). Nurse Educator Guidelines for the Management of Heart Failure. USA. The Journal of Continuing Education in Nursing. (39(6). 263-267 pp.
- Williams, Allison, Manias, Elizabeth & Walker Rowan. (2008). Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review. Austrália. Journal Compilation. Blackwell Publishing, Ltd. 132-142 pp.
- Wittizorecki, Elisandro Schultz et al. (2006). Pesquisar exige interrogar-se: A narrativa como estratégia de pesquisa e de formação do(a) pesquisador(a). Em Foco. Porto Alegre. 12(02). 09-33 pp.
- World Health Organization. (2002). Integrated Management of Cardiovascular Risk. Geneva. Noncommunicable Diseases and Mental Health. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Cardiovascular Disease Programme. 1-36 pp.
- World Health Organization. (2002). The European Health Report. WHO Regional Publications. European Series. nº 97.
- World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Switzerland. WHO publications. 211 pp.
- World Health Organization. (2003). Prevention of Cardiovascular Disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 1-86 pp.

World Health Organization. (2007). The Challenge of Obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Denmark. WHO Regional Office for Europe. 76pp.

World Health Organization. (2013). Health 2020 A European policy framework and the strategy for the 21st century. Denmark. WHO Regional Office for Europe. 190 pp.

World Health Organization. (2013). Implementation tools Package of Essential Noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Luxembourg. WHO Library Cataloguing. 210pp.

World Health Organization. (2013). Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020. Vienna.

World Health Organization. (2014). European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020. Regional Committee for Europe 64th session. Copenhagen, Denmark, 15–18 September. Copenhagen. 24pp.

World Health Organization. (2014). Health in all Policies: Helsinki Statement. Framework for Country Action. The 8th Global Conference on Health Promotion. WHO publications. 28pp.

Zagonel, Ivete Palmira Sanson. (1999). O cuidado humano transacional na trajetória de enfermagem. Brasil. Revista Latino Americana enfermagem. 7(3). 25-32 pp.

<http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinguia_2008.pdf

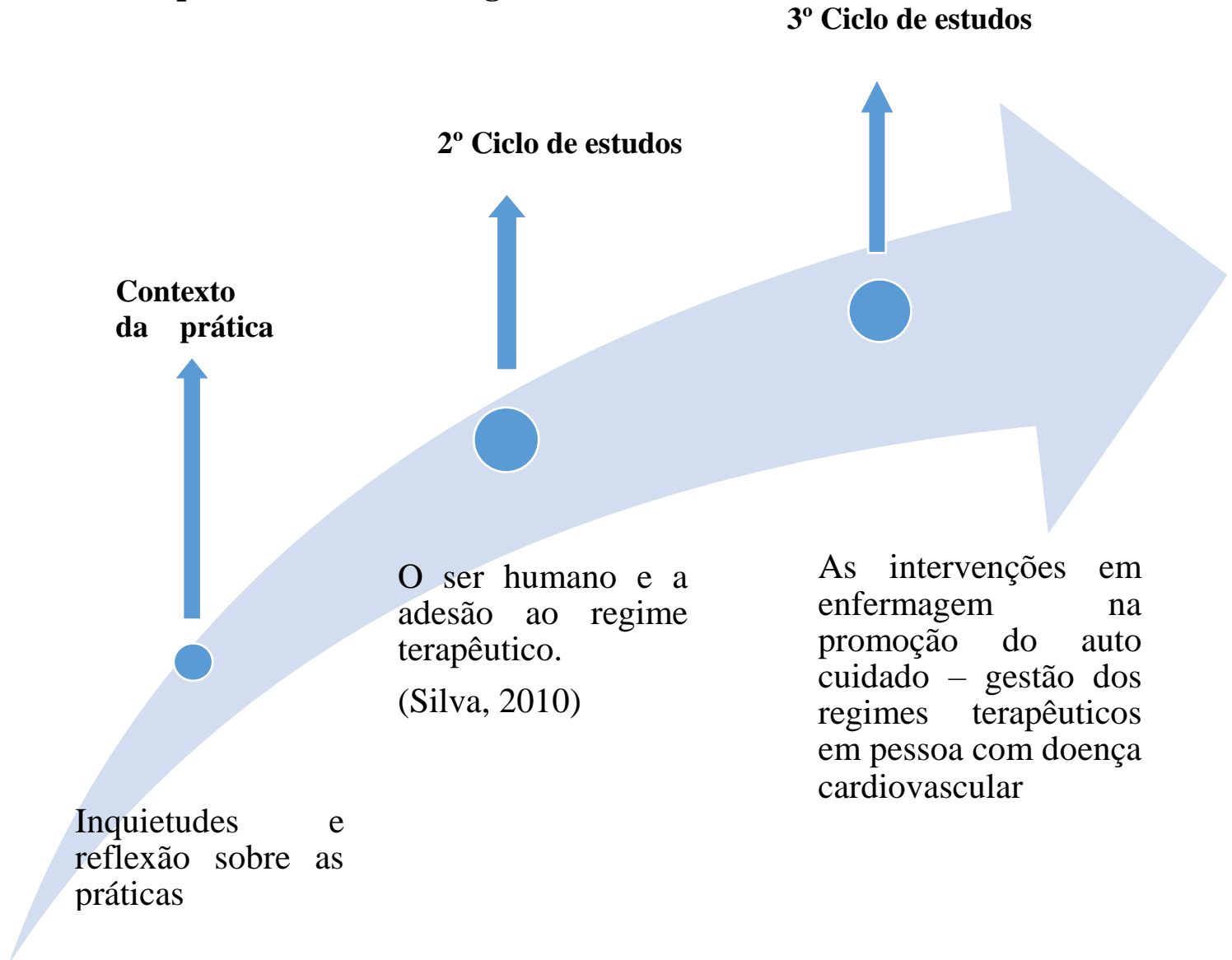
<http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica>

ANEXOS

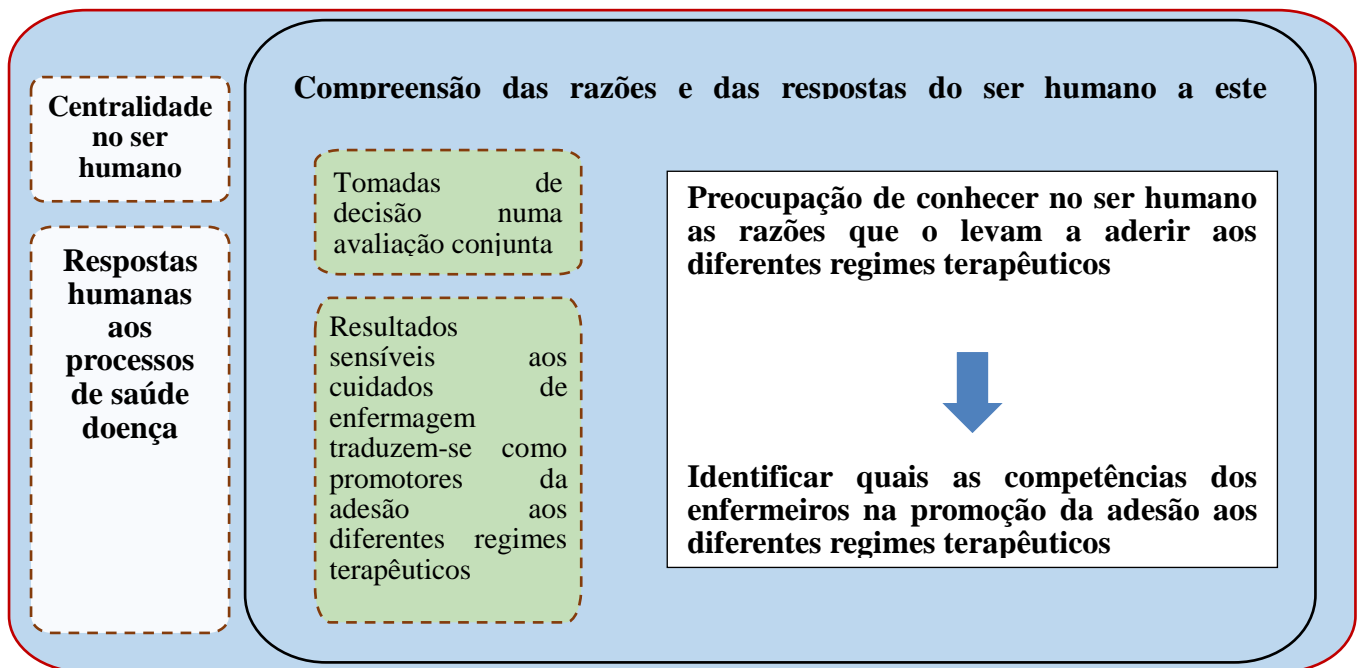
Anexo I – Revisão Sistemática de Literatura

Revisão sistemática da literatura – contributos para o conhecimento do estado da arte da gestão de regimes terapêuticos

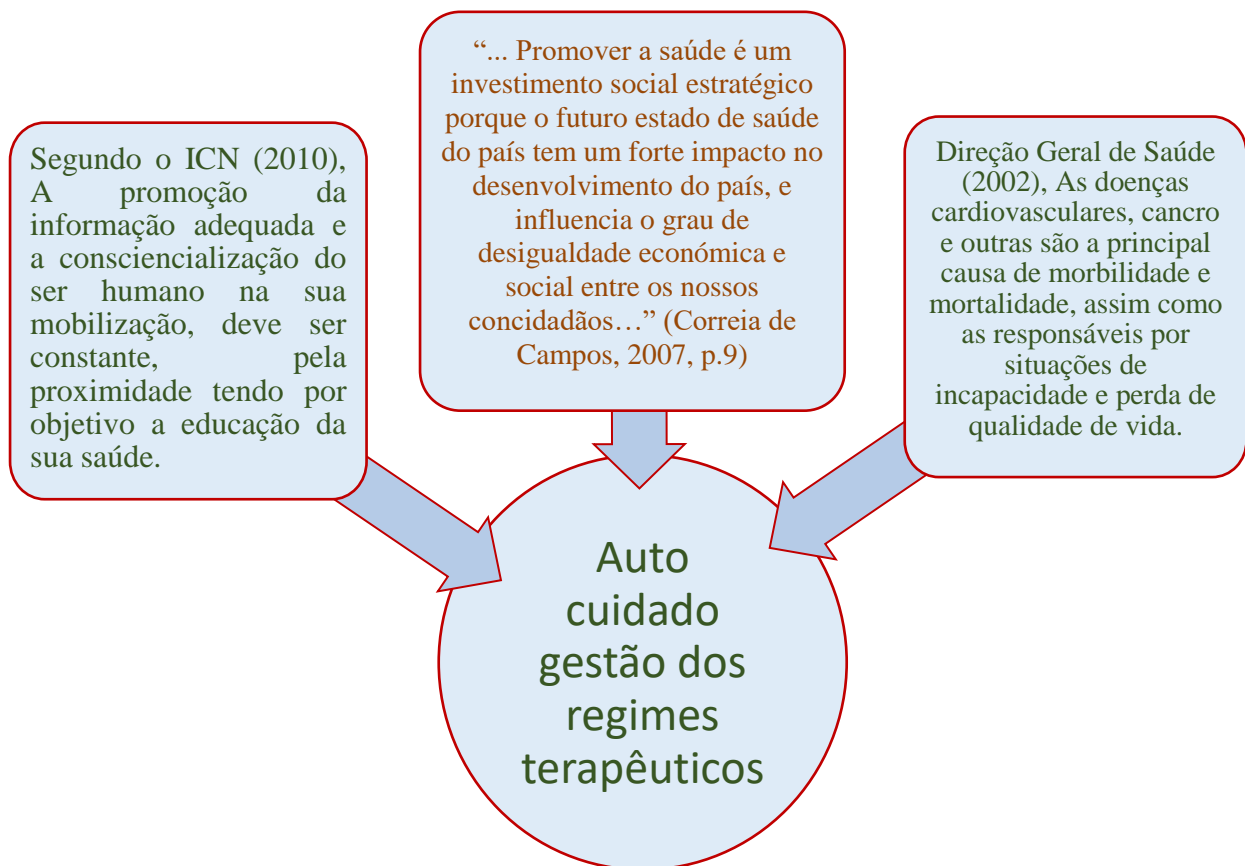
O que nos leva a investigar?



A investigação um processo em continuidade:



ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO FENÓMENO



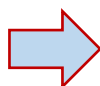
REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

FORMULAÇÃO DA PERGUNTA PICO

PICO – “Quais as intervenções de enfermagem (I) que promovem o autocuidado – gestão dos regimes terapêuticos (O) em pessoa com doença cardiovascular (P)?”

13 de Fevereiro de 2011; Base de dados electrónica EBSCO (CINAHL Plus Full Text, MEDLINE with Full Text, British Nursing Index, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive); Artigos científicos publicados em texto completo (PDF); Filtro cronológico 2005-2011; Validação dos descritores,

Pesquisamos inicialmente cada palavra-chave individualmente e posteriormente com a conjugação de todas as palavras-chave, da qual emergiram os estudos/artigos relacionados.



Palavras-chave	Nº de artigos
1 – Nursing	154112
2 – Intervention	169352
3 – Selfcare	108
4 – Management	281431
5 – Therapeutic	222830
6 – Person	133954
7 – Cardiovascular disease	95621



Conjugação das palavras-chave	Nº de artigos
1+2+3	26
1+2+3+4	21
1+2+3+4+5	11
1+2+3+4+5+6	9
1+2+3+4+5+6+7	5

PALAVRAS-CHAVE:

1- “Interventions” 2- “Nursing” 3 - “Selfcare” 4 - “Management”
5 - “Therapeutic” 6 - “Person” 7 - “Cardiovascular Diseases”

Impact of Disease Management Programs on Hospital and Community Nursing Practice. Perry c. Goldstein. 2006

Deaton e Namasivayam (2004)

Miller (2004)

Nodhturft et al. (2000)

Farrell, Wicks, e Martin (2004)

Leff et al (2005)

Impact of Disease Management Programs on Hospital and Community Nursing Practice

Deaton e Namasivayam (2004), avaliaram os resultados dos pacientes cardíacos.

- ✓ 50% dos reinternamentos hospitalares, durante um ano na sequência de um enfarte agudo do miocárdio foram relacionados com factores psicossociais, que influenciam o processo de adesão aos diferentes tipos de regime terapêutico.
- ✓ As intervenções de enfermagem reduzem as complicações e os reinternamentos entre esta população.
- ✓ Mais pesquisa em enfermagem clínica baseada em evidência, deve ser empreendida para alcançar e destacar a importância das intervenções de enfermagem entre este grupo de doenças crónicas.
- ✓ Importância da participação da enfermagem na gestão dos processos de doença.

NURSING ECONOMIC\$/November-December 2006/Vol. 24/No. 6

Impact of Disease Management Programs on Hospital and Community Nursing Practice

Miller (2004)

- ❖ O ensino de medicação como um aspeto crítico do autocuidado e da gestão de doenças crónicas nos idosos.
- ❖ A gestão da medicação e o auto atendimento geriátrico deve incluir decisões sobre o custo e a eficácia terapêutica, bem como as questões de segurança.
- ❖ “Os enfermeiros têm responsabilidades importantes no ensino dos idosos sobre os seus direitos de questionarem, para que eles possam obter respostas para as (suas) perguntas complexas.
- ❖ O ensino da medicação está a tornar-se de crucial importância nos programas dos cuidados domiciliários para evitar complicações devido aos complexos regimes terapêuticos e aos efeitos adversos e interações medicamentosas.

Nodhturft et al. (2000) Programa "Vencer os Sintomas "

- A gestão da diabetes, doenças cardiovasculares e hipertensão.
- Workshop 2,5 horas realizadas semanalmente, durante 6 semanas.
- As sessões foco sobre "Técnicas para lidar com problemas como frustração, fadiga, dor e isolamento; exercícios para manter e melhorar a força, flexibilidade e resistência; uso adequado de medicamentos; comunicação eficaz com a família, amigos e profissionais de saúde, nutrição e avaliação de novos tratamentos.
- Um livro com informação, que ajuda a desenvolver competências de gestão de saúde e de responsabilidade pessoal nos cuidados de saúde.

Impact of Disease Management Programs on Hospital and Community Nursing Practice

Farrell, Wicks, e Martin (2004)

- ✓ Dimensões psicológicas como as teorias de auto eficácia para melhorar a adesão ao tratamento e auto-gestão.
- ✓ Avaliou pessoas com doença crónica num contexto rural. Incluiu a gestão cognitiva dos sintomas, as habilidades de comunicação.
- ✓ Melhorias significativas nos comportamentos de auto-gestão.
- ✓ Importância crescente da transdisciplinaridade onde as teorias de enfermagem e outras confluem no resultado comum, uma abordagem com a pessoa na gestão da doença crónica.

BIBLIOGRAFIA

Craig, Jean V. Smyth, Rosalind L. 2004. **Prática Baseada na Evidência, Manual para Enfermeiros**. Lusociência. Loures. 309pp.

Humphreys, Ann et al. 2007. **A systematic review and meta-synthesis: evaluating the effectiveness of nurse, midwife/allied health professional consultants**. Journal of Clinical Nursing. Journal compilation. 1792/1808.

Jones, Myfanwy Lloyd. 2004. **Application of systematic review methods to qualitative research: practical issues**. Journal of Advanced Nursing. 48. 271/278.

McGowan, Jessie et al. 2005. **Systematic reviews need systematic searchers**. Medical Library Association's. Janeiro. 74/80.

Perry c. Goldstein. 2006. Impact of Disease Management Programs on Hospital and Community Nursing Practice. Nursing Economic\$. November-December. Vol. 24/nº. 6.

Silva, Mário João R. 2010. A adesão ao regime terapêutico. Formasau. Coimbra. 161pp.

Anexo II – Sinopse do Estudo

SINOPSE DO PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

O percurso desenvolvido enquanto investigador, na área do conhecimento em enfermagem, tem como foco de atenção o autocuidado - gestão do regime terapêutico, numa perspetiva sistémica face à pessoa que é o centro no processo de cuidados em enfermagem, segundo Kérouac *et al*, (1996) Enfermagem é **disciplina** e **profissão**, cujo centro de interesse reside no cuidado da pessoa que em interação contínua com o seu ambiente, vive experiências de saúde.

Quando falamos do processo de cuidados, numa perspetiva sistémica, integramos desde logo um paradigma de transformação, cujos conceitos metaparadigmáticos de enfermagem traduzem uma visão global e abrangente da pessoa, assim como ambiente, saúde e enfermagem, cujos pressupostos assentam essencialmente na forma como o investigador se posiciona face ao fenómeno a investigar.

Ao conceptualizarmos a área de investigação, está implícito o objecto de estudo da disciplina, daí a nossa preocupação da visão enquanto investigadores, pois é no âmbito da disciplina de enfermagem que pretendemos desenvolver o nosso estudo. Sendo disciplina definida como uma perspetiva singular, distinta e única de olhar os fenómenos que define a natureza da sua investigação. (Donaldson and Crowley, citado por Meleis, 1991) A disciplina de Enfermagem integra todas as áreas do saber em enfermagem, gestão, ensino, investigação e prática clínica, integra também as teorias descritivas, explicativas e prescritivas resultantes da investigação produzida. Todas as disciplinas têm no seu constructo um domínio do conhecimento. (Meleis, 1991)

Quando falamos do domínio do conhecimento, permite-nos integrar o que (Meleis, 1991) refere na conceção deste domínio, ou seja é um território cujas fronteiras são a teoria e a prática. Sendo que as fronteiras da prática integram o interesse pela investigação que emerge das questões significativas dos enfermeiros da prática clínica. As fronteiras da teoria, integram o interesse pela investigação não só no âmbito académico, mas também as que emergem dos contextos da prática.

Um domínio importante a mobilizar é o referencial teórico da disciplina de enfermagem, que neste caso, como pretendemos investigar as intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado – gestão do regime terapêutico em pessoa com doença cardiovascular, preconiza-se que Dorothea Orem (2004) no âmbito da

Contactos: Tm. 967539516;

Emails: mario.silva@essaude.ipsantarem.pt; manajoca@gmail.com;

Urbanização Quinta das Correias, rua G, Lote 83, 2070-159, Cartaxo

Teoria do Défice de Autocuidado, será um dos referenciais a integrar. No entanto como esta promoção do autocuidado, terá como conceção processos de transição com a pessoa, quer na recuperação, reabilitação, adaptação ou manutenção do seu processo de saúde doença, também a Teoria das Transições de Meleis será crucial para aprofundarmos o conhecimento do fenómeno.

Esta conceção teórica, compreende o fenómeno a estudar, ou seja, quais as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado – gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular. No entanto, quando nos centramos nas intervenções de enfermagem, é crucial compreendermos que desenvolvimentos existem nesta área do conhecimento. Tendo por base as classificações NIC (Nursing Interventions Classification), NOC (Nursing Outcomes Classification), assim como a classificação dos diagnósticos NANDA, e mais recentemente a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), estas constituem-se numa sistematização, integrando os referenciais teóricos anteriormente enunciados, que nos fundamentam o desenvolvimento e construção progressiva do fenómeno a estudar.

Mobilizando a Classificação das Intervenções de Enfermagem, que estão relacionadas com a promoção do autocuidado – gestão do regime terapêutico, assim como da Classificação dos Resultados de Enfermagem, aqueles que evidenciam os resultados esperados para esta promoção, perspetivamos criar uma sistematização dos mesmos face aos contextos da prática clínica.

O nosso estudo tem como finalidade:

- Desenvolver uma teoria prescritiva de intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado – gestão do regime terapêutico em pessoa com doença cardiovascular.

Neste âmbito enveredamos por uma conceção metodológica de paradigma qualitativo, tendo por base o método etnográfico, com análise de conteúdo de narrativas de ação realizadas pelos enfermeiros dos contextos selecionados, com recurso ao focus grupo após a análise das narrativas, para validar os dados analisados. Posteriormente observação participante em ambos os contextos, num período longitudinal, para avaliação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, face ao fenómeno em estudo.

Contactos: Tm. 967539516;

Emails: mario.silva@essaude.ipsantarem.pt; manajoca@gmail.com;

Urbanização Quinta das Correias, rua G, Lote 83, 2070-159, Cartaxo

Para isso, preconizamos quatro momentos de colheita de dados com os sujeitos participantes que são todos os enfermeiros dos contextos e todas as pessoas com doença cardiovascular ou familiar cuidador/pessoa significativa que integrem os processos de cuidados desenvolvidos pelos mesmos em ambos os contextos.

Quadro nº 1 – Sistematização dos momentos de colheita de dados do estudo.

1º MOMENTO	Solicitação a todos os enfermeiros dos contextos da prática clínica para redigirem uma narrativa de ação que ilustre o processo de cuidados e evidenciem as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado – gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular;
2º MOMENTO	Realização da técnica de focus group com o grupo dos enfermeiros de ambos os contextos; Entrevistas aos Enfermeiros. Validação dos dados colhidos anteriormente e sua sistematização;
3º MOMENTO	Observação participante em ambos os contextos da prática clínica e em igual período de tempo, para identificar as intervenções de enfermagem promotoras do auto cuidado – gestão dos regimes terapêuticos; Prevê-se a possibilidade da realização de entrevistas, no sentido de poder sistematizar os registos da observação quer aos enfermeiros, quer aos sujeitos de cuidados.
4º MOMENTO	Validação dos resultados sensíveis às intervenções de enfermagem promotoras do auto cuidado – gestão dos regimes terapêuticos com as pessoas que integraram os processos de cuidados desenvolvidos ao longo dos momentos anteriores, após seis meses.

No âmbito do 1º momento, prevemos um período de duas semanas para cada contexto, no sentido de dar tempo aos participantes de poder redigir uma situação em forma de narrativa de ação, sendo que, antes de o solicitarmos procederemos à explicitação do

que se pretende com esta narrativa e até a própria definição, para quem não estiver familiarizado com esta técnica.

O 2º momento, prevemos dois dias para cada contexto, uma vez que pretendemos validar a análise das narrativas com todos os participantes, mas em grupo.

O 3º momento, a previsão do período de observação participante, depende da oportunidade de poder acompanhar momentos de interação nos processos de cuidados desenvolvidos em ambos os contextos, que se traduzam em conteúdos pertinentes em termos do que se pretende para a colheita de dados.

Em relação ao 4º momento, prevemos um período de duas semanas, para validação dos resultados com recurso à entrevista com as pessoas sujeitos da observação anterior, a ocorrer nas Unidades de Cuidados de Saúde de Torres Novas e sempre que necessário, em contexto de visita domiciliária.

Comprometemo-nos ao longo do estudo, manter de forma criteriosa todas as dimensões éticas que se impõem. Assim como, o anonimato de todos os participantes no estudo.

Acreditamos que este estudo contribuirá para a melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem e ganhos em saúde para as pessoas com doença cardiovascular. Contribuirá também para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem enquanto disciplina e profissão.

Anexo III – Pedido da narrativa de ação aos enfermeiros/Consentimento Informado

I DOUTORAMENTO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM
ICBAS - UNIVERSIDADE DO PORTO
REALIZAÇÃO DE UM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Exmo. Sr. Enfermeiro(a):

Mário João Ribeiro da Silva, enfermeiro e professor na Escola Superior de Saúde de Santarém. Pretendemos realizar um estudo de investigação no âmbito do curso de doutoramento em ciências de enfermagem pela Universidade do Porto – Instituto Ciências Biomédicas Dr. Abel Salazar, sob orientação científica do Professor Doutor José Amendoeira.

Desde há alguns anos que procuramos compreender a razão das pessoas aderirem aos regimes terapêuticos farmacológicos e não farmacológicos instituídos. O que nos levou a desenvolver no âmbito da tese de dissertação de mestrado o estudo com a questão ***“Quais a razões que promovem a adesão do ser humano aos diferentes regimes terapêuticos”***. Cujos resultados estão divulgados numa publicação em livro desde 2010.

Presentemente, uma vez que os processos investigativos caracterizam-se por estímulos e motivações do investigador, após compreendermos essas mesmas razões, procuramos ***identificar as intervenções de enfermagem centradas na pessoa com doença cardiovascular promotoras do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos***. (Sinopse do estudo em anexo)

Neste sentido, face ao que nos propomos desenvolver, só através dos enfermeiros dos contextos da prática clínica é que poderemos identificar na ação, quais as intervenções de enfermagem planeadas e realizadas com a pessoa com doença cardiovascular, tendo como foco de atenção o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos.

Preconiza-se nos processos de cuidados a centralidade no cidadão, pelo que pretendemos na última fase do estudo integrar as pessoas, sujeitos de cuidados face às intervenções de enfermagem por nós identificadas na interação dos enfermeiros com as pessoas com doença cardiovascular e identificar os resultados sensíveis às mesmas.

Este percurso indutivo, permite-nos refletir na ação e sobre a ação, teorizando à posteriori de acordo com os objetivos do estudo:

- Identificar as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular;
- Identificar boas práticas de enfermagem referidas pela pessoa com doença cardiovascular;
- Caracterizar as intervenções de enfermagem promotoras de processos de tomada de decisão que capacitam a pessoa no autocuidado - GRT

Contactos: Tm. 967539516;

Emails: mario.silva@essaude.ipsantarem.pt; manajoca@gmail.com;

Urbanização Quinta das Correias, rua G, Lote 83, 2070-159, Cartaxo

Neste âmbito propomo-nos realizar o estudo no Agrupamento de Centros de Saúde Alma do Tejo – na Unidade de Saúde Familiar e de Cuidados na Comunidade.

Comprometemo-nos ao longo do estudo, manter de forma criteriosa todas as dimensões éticas que se impõem.

Solicitamos a participação de todos os enfermeiros na prestação direta de cuidados, de ambos os serviços, salvaguardando e respeitando não só o anonimato e confidencialidade de todos os participantes, mas também, respeitar todos os que demonstrem vontade em não participar, assim como, dar liberdade aos que concordarem em participar, mas que posteriormente decidam não continuar.

A primeira fase do estudo, caracteriza-se apenas pela elaboração por parte dos participantes de uma narrativa de ação que é uma das formas coerentes e adequadas para se obter informação acerca das práticas uma vez que *“as narrativas permitem que seja mantido o elo fundamental entre saber e contexto”*¹. Consiste em contar um acontecimento de forma sequencial, seguindo uma estrutura que contempla as seguintes dimensões:

1. A ação (descrição dos factos)
2. As personagens
3. O Tempo em que decorre a ação
4. Contextualização da ação

Ao narrar um acontecimento, o narrador reorganiza a sua experiência, de modo que esta tenha uma ordem coerente e significativa, dando um sentido ao evento.

As narrativas são habitualmente versões editadas do que aconteceu não se constituindo como descrições objetivas e imparciais, mas antes dependentes das escolhas que a pessoa faz, constituindo-se assim em narrativas de vivências² em que a experiência se (re)constrói como um processo integrado no contexto da prática profissional. A pessoa fala de suas experiências, reconstruindo eventos passados de uma maneira congruente com sua compreensão atual³.

Solicitamos ao Sr. Enfermeiro(a) a elaboração de uma narrativa de ação, tendo como fio condutor as quatro dimensões anteriores, descrevendo de forma sucinta face às interações com as pessoas com doença cardiovascular, que intervenções de enfermagem planeia e realiza no âmbito da promoção do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos, quer em contexto de internamento, quer no planeamento e preparação do regresso a casa das pessoas.

1,2,3 Silva DGV, Trentini M . (2002) Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem, Revista Latino-Americana de Enfermagem, Maio-Junho

Não existem para o investigador, intervenções erradas ou certas, uma vez que o nosso objetivo é compreender quais as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos.

Apesar de ser o 1º momento do estudo, queremos agradecer a colaboração e a disponibilidade para participar neste estudo, ficando já de alguma forma preparado para o próximo momento do estudo, cuja sua participação é de crucial importância, uma vez que iremos validar os dados colhidos nas narrativas.

Mário João Ribeiro da Silva

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Nome:

Assinatura:

Data: / /

Contactos: Tm. 967539516;

Emails: mario.silva@essaude.ipsantarem.pt; manajoca@gmail.com;

Urbanização Quinta das Correias, rua G, Lote 83, 2070-159, Cartaxo

**Anexo IV – Documento orientador/Consentimento Informado/sessão
Focus Group**

Exmo. Sr. Enfermeiro(a):

Mário João Ribeiro da Silva, professor adjunto na Escola Superior de Saúde de Santarém, a desenvolver um estudo de investigação no âmbito do curso de doutoramento em Ciências de Enfermagem pela Universidade do Porto – Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, com o tema “As intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular.

Neste contexto, a 1ª fase do estudo consistiu em solicitar aos enfermeiros dos contextos de Cardiologia e Medicina do Centro Hospitalar Central Tejo e de uma Unidade de Saúde Familiar e Unidade de Cuidados da Comunidade, uma narrativa que descrevesse as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular, num dos processos de cuidados que desenvolveram, as quais já procedemos à sua análise.

Neste momento, propomo-nos desenvolver através da técnica de “Focus Group” uma sessão no dia **25 de julho de 2014**, às **14h00** na **Escola Superior de Saúde de Santarém**, com um grupo de participantes, cujo objetivo será recolher contributos para o estudo e através da análise das narrativas e dos resultados desta sessão, estruturar e planear a 3ª fase do estudo – observação participante, nos contextos dos enfermeiros que elaboraram as narrativas.

Assim venho por este meio, solicitar a sua colaboração enquanto enfermeiro para integrar esta sessão de “Focus Group” cuja estruturação se preconiza da seguinte forma:

TEMA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DO AUTOCUIDADO GESTÃO DOS REGIMES TERAPÊUTICOS EM PESSOA COM DOENÇA CARDIOVASCULAR	
1	A sessão terá a duração máxima de duas horas – 14h00 às 16h00
2	O moderador será o investigador Mário Silva
3	O orientador Professor Doutor José Amendoeira estará presente
4	Os participantes farão uma breve apresentação para que todos se conheçam
5	Os participantes deverão escrever o seu nome numa folha e colocar à sua frente
6	O moderador fará uma introdução ao tema
7	O moderador irá colocar para discussão (dois ou quatro) temas, que serão o estímulo para a reflexão e exploração do tema central
8	A sessão será gravada com equipamento audiovisual
9	Todos os dados recolhidos serão analisados de acordo com os princípios éticos no âmbito da confidencialidade e anonimato dos participantes
10	O moderador apenas intervém quando estritamente necessário: <ul style="list-style-type: none">• Para focalizar a temática em discussão• Para coordenar as falas em simultâneo por parte dos participantes
11	No final da sessão os participantes devem entregar ao moderador este documento devidamente preenchido e assinado que se constitui no consentimento informado

Fonte: Alan Bryman (2012)

Consideramos que a sessão “Focus Group” será um momento de reflexão e partilha quer de conhecimento cumulativo ao longo da sua experiência profissional. É da reflexão na e sobre a ação que poderemos construir conhecimento em enfermagem, pelo que o vosso contributo será uma mais-valia para a construção e estruturação quer de uma grelha de observação, quer de um guião de entrevista para os enfermeiros, se houver necessidade de validar alguns dados colhidos durante os momentos de observação participante.

Sendo importante a gravação para a realização desta sessão e no sentido de podermos analisar os dados recolhidos, solicitamos simultaneamente o seu consentimento para a utilização e mobilização dos mesmos, pelo que deve após leitura da declaração apresentada no final deste documento, preencher os dados solicitados e assinar enquanto consentimento informado.

Mário João Ribeiro da Silva

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Nome:

Idade:

Sexo:

Profissão:

Anos de profissão:

Local de trabalho:

Assinatura:

Data: /..... /.....

Anexo V – Guião para Observação Participante

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO: *Intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular*

Objetivos

- ✓ Identificar as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado – gestão dos regimes terapêuticos (GRT) em pessoa com doença cardiovascular;
- ✓ Identificar boas práticas de enfermagem referidas pela pessoa com doença cardiovascular;
- ✓ Caracterizar as intervenções de enfermagem promotoras de processos de tomada de decisão que capacitam a pessoa no autocuidado - GRT

	REGISTO DA OBSERVAÇÃO
ESPAÇO: O espaço físico ou lugar	
ATORES: As pessoas envolvidas	
ATIVIDADE: O conjunto dos atos praticados pelas pessoas	
OBJETO: As coisas presentes na situação	
ATO: Uma única ação	
ACONTECIMENTO: Conjunto de atividades realizadas pelas pessoas	
TEMPO: Sequência de coisas que vão acontecendo	
OBJETIVO: As coisas que as pessoas tentam realizar	
SENTIMENTO: Emoções sentidas ou expressas	

Fonte: Spradley citado por Flick (2005)

Anexo VI – Consentimento Informado das pessoas/sujeitos de cuidados

I DOUTORAMENTO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

ICBAS - UNIVERSIDADE DO PORTO

REALIZAÇÃO DE UM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Termo de consentimento informado

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações ao investigador se não estiver completamente esclarecido(a). Verifique se todas as informações estão corretas. Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, então assine este documento.

Título do Estudo: Intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular.

Enquadramento: Mário João ribeiro da Silva, professor adjunto, na Escola Superior de Saúde de Santarém a desenvolver este estudo, sob orientação do Professor Doutor José Amendoeira e Coorientação do Professor Doutor Abel Paiva.

Enquanto investigador externo às unidades de saúde, com devido consentimento por parte da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo a pedido do Agrupamento Centros de Saúde Serrano e o devido consentimento por parte do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Central Tejo, pretendemos realizar o estudo em dois contextos distintos de cuidados – Hospital, serviços de Cardiologia e Medicina e na Unidade de Saúde familiar e Unidade de Cuidados na Comunidade.

O estudo a desenvolver, tem nos seus objetivos: identificar boas práticas de enfermagem referidas pela pessoa com doença cardiovascular e caracterizar as intervenções de enfermagem promotoras de processos de tomada de decisão que capacitam a pessoa no autocuidado – gestão dos regimes terapêuticos.

Preconiza-se nos processos de cuidados a centralidade no cidadão, pelo que pretendemos na última fase do estudo integrar as pessoas, sujeitos de cuidados por nós referenciadas, na interação com os enfermeiros face às intervenções de enfermagem e identificar os resultados sensíveis às mesmas.

O processo de colheita de dados referente à interação com as pessoas, desenvolve-se em dois momentos:

1. Iremos realizar períodos de observação participante nos contextos anteriormente referenciados. Esta observação dos **momentos de interação** entre os enfermeiros e as **pessoas com doença cardiovascular**, preconiza o registo de ambos. Podendo a seguir a estes momentos de interação, termos necessidade de validar alguma informação com as pessoas através da técnica de entrevista.
2. Após seis meses desta observação, pretendemos regressar ao campo de investigação, com o objetivo de entrevistar as pessoas com doença cardiovascular que foram sujeitos de cuidados no momento da observação participante e validar as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos.

Prevemos em relação aos períodos de observação participante, não exceder nunca os 15 minutos. Os locais de encontro investigador/participante, será no 1º momento nas respetivas unidades de saúde e no 2º momento poderá ser nas unidades de saúde ou através da visita domiciliária devidamente acompanhado do enfermeiro responsável, consoante as capacidades dos participantes no momento de colheita de dados.

Garantimos também a destruição de todas as gravações e registos após um período de dez anos, uma vez que em termos de investigação e divulgação dos estudos científicos, este é o período normalmente adequado face à produção científica.

A responsabilidade de todo o processo de investigação é do investigador e seus orientadores, não existe qualquer tipo de financiamento. A participação das pessoas no estudo será obrigatoriamente de carácter voluntário, pelo que garantimos que não existem danos nem prejuízos face às necessidades de cuidados de saúde das pessoas participantes, até porque face à aprovação da Comissão de Ética da Administração Regional de saúde, todos estes princípios estão salvaguardados.

Todos os dados colhidos serão sujeitos a sigilo por parte do investigador. Dados referentes à identificação de cada participante no estudo, serão apenas utilizados pelo investigador, com autorização prévia por parte da comissão nacional de proteção de dados, uma vez que pretendemos após seis meses regressar ao campo de investigação e esses dados serão importantes no sentido de podermos localizar os mesmos, garantindo no entanto que após esta fase do estudo estes dados serão destruídos. Em todos os momentos de interação com os participantes do estudo, teremos em consideração as condições do ambiente envolvente, assim como a sua privacidade.

Agradecemos a sua disponibilidade para participar no estudo.

Mário João Ribeiro da Silva, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde de Santarém

Assim, solicita-se que, após devidamente informada, a pessoa, preencha este documento dando o seu consentimento, nos seguintes termos:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Declaro que aceito a presença do investigador Mário João Ribeiro da Silva, enquanto estiver a receber os cuidados de enfermagem que habitualmente me são prestados, bem como concedo, uma entrevista, de acordo com a utilidade para o estudo, no qual participo livremente.

Nome:

Sexo: M .../ F ...; Idade:; Morada:

Telefone:; Situação clínica:

Assinatura: Data:/...../.....

Anexo VII – Entrevista Etnobiográfica

I DOUTORAMENTO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

ICBAS - UNIVERSIDADE DO PORTO

REALIZAÇÃO DE UM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Questão de partida

Quais as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular?

Objetivos

- ✓ Identificar as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado – gestão dos regimes terapêuticos (GRT) em pessoa com doença cardiovascular;
- ✓ Identificar boas práticas de enfermagem referidas pela pessoa com doença cardiovascular;
- ✓ Caracterizar as intervenções de enfermagem promotoras de processos de tomada de decisão que capacitam a pessoa no autocuidado - GRT

Perante esta questão pretendemos colher a sua informação sobre o que considerou importante nos cuidados que os enfermeiros prestaram, para o capacitar para gerir melhor a sua situação de saúde doença.

As opções de resposta são: nada importante; importante; muito importante e não sabe/não responde.

Como considera os cuidados de enfermagem:

DOMÍNIO	RAZÃO/NATUREZA DO CUIDADO (PORQUE É QUE OS ENFERMEIROS INTERVÊM)
---------	--

1. Gestão da Informação clínica

- 1.1 – Quando o enfermeiro falou consigo acerca do diagnóstico médico e outra informação (medicação habitual, o que tinha acontecido) como é que classifica?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

- 1.2 – Como considera a importância do enfermeiro conhecer os seus problemas de saúde anteriores?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

2. Normatividade dos cuidados de enfermagem

- 2.1 – Que importância atribui quando o enfermeiro confirmou/validou consigo os dados pessoais e de saúde?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

I DOUTORAMENTO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

ICBAS - UNIVERSIDADE DO PORTO

REALIZAÇÃO DE UM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

2.2 – Que importância atribui quando o enfermeiro confirmou/validou consigo a medicação que lhe administrou?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

2.3 – Que importância atribui ao momento em que o enfermeiro lhe administrou a medicação?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

2.4 – Que importância atribui quando o enfermeiro lhe explicou a medicação que administrou?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

2.5 – Que importância atribui quando o enfermeiro avalia a tensão arterial, o pulso, a temperatura, o peso, o perímetro abdominal ou outros aspetos?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

2.6 – Como considera a importância quando o enfermeiro lhe explica os procedimentos decorrentes desta avaliação?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

3. Avaliação das necessidades de autocuidado

3.1 – Como considera a importância do enfermeiro conhecer os seus hábitos de vida?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

3.2 – Como considera a importância do enfermeiro conhecer o contexto em que vive?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

I DOUTORAMENTO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

ICBAS - UNIVERSIDADE DO PORTO

REALIZAÇÃO DE UM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

3.3 – Que importância atribui ao enfermeiro identificar os seus problemas ou as suas necessidades?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

3.4 – Que importância atribui ao enfermeiro estar atento aos seus problemas e necessidades?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

4. Centralidade das pessoas/Avaliação dos conhecimentos e capacidades da pessoa

4.1 – Que importância atribui quando o enfermeiro confirmou/validou consigo o que sabia sobre os seus problemas ou necessidades?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

4.2 – Como considera a importância do enfermeiro perceber como resolve/satisfaz os seus problemas/necessidades?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

4.3 – Que importância atribui ao enfermeiro ter em conta/avaliar as razões das suas decisões face aos problemas/necessidades?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

4.4 – Que importância atribui quando o enfermeiro confirmou/validou consigo a informação transmitida de ambas as partes (sua e do enfermeiro)?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

I DOUTORAMENTO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

ICBAS - UNIVERSIDADE DO PORTO

REALIZAÇÃO DE UM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

DOMÍNIO	INSTRUMENTOS DO CUIDADO (O QUE SUPORTA O CUIDADO)
---------	--

1. *Gestão da Comunicação/relação interpessoal*

- 1.1 – Que importância atribui quando o enfermeiro se identifica e tem o cuidado de o(a) tratar pelo nome que prefere?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

- 1.2 – Que importância atribui ao enfermeiro estabelecer uma relação terapêutica consigo?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

- 1.3 – Que importância atribui ao enfermeiro manter uma atitude de escuta face aos seus problemas e/ou necessidades?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

- 1.4 – Como considera a importância do enfermeiro comunicar consigo com uma linguagem clara e perceptível?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

- 1.5 – Que importância atribui quando o enfermeiro observou/esteve atento à sua comunicação não-verbal?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

- 1.6 – Que importância atribui ao enfermeiro que demonstrou disponibilidade consigo?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

I DOUTORAMENTO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

ICBAS - UNIVERSIDADE DO PORTO

REALIZAÇÃO DE UM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

1.7 – Como considera a importância do enfermeiro promover o seu envolvimento nos cuidados?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

2. Julgamento Clínico

2.1 – Que importância atribui quando o enfermeiro lhe explicou a razão dos cuidados?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

2.2 – Como considera a importância do enfermeiro analisar a situação de acordo com os seus problemas e/ou necessidades?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

3. Tomada de decisão

3.1 – Que importância atribui quando o enfermeiro avaliou a prioridade dos cuidados?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

3.2 – Que importância atribui quando o enfermeiro confirmou/validou consigo a prioridade dos cuidados?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

3.3 – Como considera a importância do enfermeiro planear os cuidados de enfermagem de acordo com os seus problema e/ou necessidades?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

I DOUTORAMENTO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

ICBAS - UNIVERSIDADE DO PORTO

REALIZAÇÃO DE UM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

DOMÍNIO	<i>CUIDADO EM SI MESMO (COMO SE DESENVOLVE O CUIDADO)</i>
---------	--

1 Capacitação para o autocuidado das pessoas

1.1 – Que importância atribui ao enfermeiro que o informou sobre os cuidados a ter no seu dia-a-dia?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

1.2 – Que importância atribui ao enfermeiro que lhe fez ensinamentos de acordo com as suas necessidades?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

1.3 – Que importância atribui ao enfermeiro que lhe proporciona informação escrita (folhetos informativos) sobre os cuidados que deve ter no seu dia-a-dia?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

1.4 – Que importância atribui ao enfermeiro que lhe demonstrou como realizar os cuidados que deve ter no seu dia-a-dia?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

1.5 – Que importância atribui quando o enfermeiro confirmou/validou consigo a informação dada sobre os cuidados?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

1.6 – Que importância atribui ao enfermeiro que promoveu consigo o treino dos cuidados que deve ter no seu dia-a-dia?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

I DOUTORAMENTO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

ICBAS - UNIVERSIDADE DO PORTO

REALIZAÇÃO DE UM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

1.7 – Que importância atribui quando o enfermeiro negociou consigo algumas formas de gerir melhor a sua situação de saúde doença?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

1.8 – Que importância atribui quando o enfermeiro estabeleceu consigo metas possíveis de serem atingidas?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

1.9 – Que importância atribui quando o enfermeiro elogiou as suas capacidades demonstradas?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

2. Documentação do cuidado

2.1 – Que importância atribui ao enfermeiro que efetua os registos dos cuidados que lhe prestou?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

2.2 – Como considera a importância do enfermeiro confirmar/validar os seus registos anteriores antes de lhe prestar cuidados?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

2.3 – Que importância atribui ao enfermeiro que partilha a sua informação entre os profissionais?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

2.4 – Que importância atribui quando o enfermeiro envia a informação que garante a continuidade dos seus cuidados?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

I DOUTORAMENTO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

ICBAS - UNIVERSIDADE DO PORTO

REALIZAÇÃO DE UM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

DOMÍNIO	RESULTADOS DO CUIDADO (O QUE SE PRETENDE COM O CUIDADO?)
---------	---

1. *Comportamentos de autocuidado*

1.1 – Que importância atribui ao enfermeiro que apoiou os seus problemas e/ou as suas necessidades?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

1.2 – Que importância atribui ao enfermeiro que proporcionou a satisfação das suas necessidades

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

2. *Processo de Transição*

2.1 – Que importância atribui ao enfermeiro que confirmou/validou consigo as capacidades adquiridas?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

2.2 – Que importância atribui ao enfermeiro que reforçou as capacidades não demonstradas, tendo em vista gerir melhor a sua situação de saúde doença?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

2.3 – Que importância atribui ao enfermeiro que reformulou os cuidados para o ajudar gerir melhor a sua situação de saúde doença?

Nada importante	Importante	Muito importante	Não sabe/não responde

Porquê?

Além destas questões pode referir outros aspetos que considera importantes e que não foram abordados.

Anexo VIII – Pedido de autorização ao Conselho de Administração

I DOUTORAMENTO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM
ICBAS - UNIVERSIDADE DO PORTO
REALIZAÇÃO DE UM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Exmo. Sr. Presidente, do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Central Tejo

Mário João Ribeiro da Silva, enfermeiro, professor na Escola Superior de Saúde de Santarém, vem por este meio solicitar a autorização de Vossa Ex.^a para colher dados integrados num estudo de investigação que estamos a desenvolver no âmbito do ***Curso de Doutoramento em Ciências de Enfermagem***, na Universidade do Porto, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, sob orientação científica do Professor Doutor José Amendoeira.

Com este estudo pretendemos atingir os seguintes objetivos:

- Identificar as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular;
- Identificar boas práticas de enfermagem referidas pela pessoa com doença cardiovascular;
- Caracterizar as intervenções de enfermagem promotoras de processos de tomada de decisão que capacitam a pessoa no autocuidado – Gestão dos Regimes Terapêuticos;

Pretendemos com estes objetivos, dar resposta à questão de investigação formulada: ***Quais as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado – gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular?***

Neste âmbito propomo-nos realizar o mesmo no Centro Hospitalar Central Tejo - em dois contextos da prática clínica: Serviço de Medicina e de Cardiologia

Solicitamos a participação de todos os enfermeiros de ambos os serviços e todos os utentes com problemas de saúde no âmbito das doenças cardiovasculares.

Comprometemo-nos ao longo do estudo, manter de forma criteriosa todas as dimensões éticas que se impõem.

Aguardando a decisão a proferir em relação a este pedido, solicitamos que nos seja autorizado com a maior brevidade possível o contato com os Srs. Enfermeiros de ambos os serviços.

Acreditamos que este estudo contribuirá para ganhos em saúde para a população e para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem enquanto disciplina e profissão.

Neste sentido, encontramos-nos ao vosso dispor para quaisquer esclarecimento adicional que possa emergir.

Sem outro assunto de momento, aguardamos a vossa resposta, agradecendo antecipadamente a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos.

17 de Julho de 2012

Mário Silva

Anexo IX – Pedido de autorização à direção do ACES Serrano

I DOUTORAMENTO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM
ICBAS - UNIVERSIDADE DO PORTO
REALIZAÇÃO DE UM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Exmo. Sr. Diretor Executivo, do ACES Serrano

Mário João Ribeiro da Silva, enfermeiro, professor na Escola Superior de Saúde de Santarém, vem por este meio solicitar a autorização de Vossa Ex.^a para colher dados integrados num estudo de investigação que estamos a desenvolver no âmbito do ***Curso de Doutoramento em Ciências de Enfermagem***, na Universidade do Porto, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, sob orientação científica do Professor Doutor José Amendoeira.

Com este estudo pretendemos atingir os seguintes objetivos:

- Identificar as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular;
- Identificar boas práticas de enfermagem referidas pela pessoa com doença cardiovascular;
- Caracterizar as intervenções de enfermagem promotoras de processos de tomada de decisão que capacitam a pessoa no autocuidado – Gestão dos Regimes Terapêuticos;

Pretendemos com estes objetivos, dar resposta à questão de investigação formulada: ***Quais as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado – gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular?***

Neste âmbito propomo-nos realizar o mesmo no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Serrano – nas Unidades de cuidados de saúde: UCC e USF e sempre que necessário, em contexto de visita domiciliária.

Solicitamos a participação de todos os enfermeiros de ambos os serviços e todos os utentes com problemas de saúde no âmbito das doenças cardiovasculares.

Comprometemo-nos ao longo do estudo, manter de forma criteriosa todas as dimensões éticas que se impõem.

Aguardando a decisão a proferir em relação a este pedido, solicitamos que nos seja autorizado com a maior brevidade possível o contato com os Srs. Enfermeiros de ambos os serviços.

Acreditamos que este estudo contribuirá para ganhos em saúde para a população e para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem enquanto disciplina e profissão.

Neste sentido, encontramos-nos ao vosso dispor para quaisquer esclarecimento adicional que possa emergir.

Sem outro assunto de momento, aguardamos a vossa resposta, agradecendo antecipadamente a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos.

26 de Julho de 2012

Mário Silva

Anexo X – Autorização do Conselho de Administração do CHCT

I DOUTORAMENTO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

ICBAS - UNIVERSIDADE DO PORTO

REALIZAÇÃO DE UM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

*Dr. Sr. Esperancinha
Para conteúdo
16.08.2012*

Joaquim Esperancinha (Engº)
Presidente do Conselho de Administração

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Médio Tejo.

Mário João Ribeiro da Silva, enfermeiro, professor na Escola Superior de Saúde de Santarém, vem por este meio solicitar a autorização de Vossa Ex.^a para colher dados integrados num estudo de investigação que estamos a desenvolver no âmbito do ***Curso de Doutoramento em Ciências de Enfermagem***, na Universidade do Porto, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, sob orientação científica do Professor Doutor José Amendoeira.

Com este estudo pretendemos atingir os seguintes objetivos:

- Identificar as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular;
- Identificar boas práticas de enfermagem referidas pela pessoa com doença cardiovascular;
- Caracterizar as intervenções de enfermagem promotoras de processos de tomada de decisão que capacitam a pessoa no autocuidado – Gestão dos Regimes Terapêuticos;

Pretendemos com estes objetivos, dar resposta à questão de investigação formulada:

Quais as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado – gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular?

Neste âmbito propomo-nos realizar o mesmo no Centro Hospitalar Médio Tejo - Hospital Rainha Santa Isabel – Torres Novas, em dois contextos da prática clínica: Serviço de Medicina Interna e de Cardiologia

Solicitamos a participação de todos os enfermeiros de ambos os serviços e todos os utentes com problemas de saúde no âmbito das doenças cardiovasculares.

Comprometemo-nos ao longo do estudo, manter de forma criteriosa todas as dimensões éticas que se impõem.

Contactos: Tm. 967539516;

Emails: mario.silva@essaude.ipsantarem.pt; manajoca@gmail.com;

Urbanização Quinta das Correias, rua G, Lote 83, 2070-159, Cartaxo

Aguardando a decisão a proferir em relação a este pedido, solicitamos que nos seja autorizado com a maior brevidade possível o contato com os Srs. Enfermeiros de ambos os serviços.

Acreditamos que este estudo contribuirá para ganhos em saúde para a população e para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem enquanto disciplina e profissão.

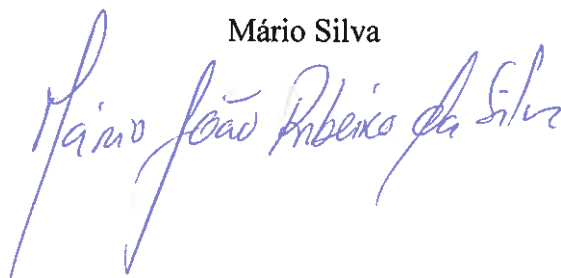
Neste sentido, encontramos-nos ao vosso dispor para quaisquer esclarecimento adicional que possa emergir.

Sem outro assunto de momento, aguardamos a vossa resposta, agradecendo antecipadamente a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos.

17 de Julho de 2012

Mário Silva



Considerando que o
estudo a ser realizado de interesse
institucional, autorize-se
a utilização do mesmo no
contexto do solicitado e nos
serviços igualmente solicitados
dão continuidade aos
serviços de Medicina e
Cardiologia da Unidade de
Tratamento de Doenças

 16/8/2012
Nelson Paulino Silva (Enf^o)
Enfermeiro Director

Contactos: Tm. 967539516;

Emails: mario.silva@essaude.ipsantarem.pt; manajoca@gmail.com;

Urbanização Quinta das Correias, rua G, Lote 83, 2070-159, Cartaxo

Anexo XI – Autorização da Comissão de Ética da ARSLVT

Exmo. Senhor Prof. Dr.

Mário João Ribeiro da Silva

mario.silva@essaude.ipsantarem.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência
2143 /CES/2012

Data
07-02-2013

Assunto: Curso de Doutoramento em Ciências de Enfermagem: “Quais as intervenções de enfermagem que promovem o auto cuidado – gestão de regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular.”

- Parecer 058/CES/INV/2012 da Comissão de Ética – Secção de Investigação

O Projecto com a designação “Curso de Doutoramento em Ciências de Enfermagem: “Quais as intervenções de enfermagem que promovem o auto cuidado – gestão de regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular”, foi sujeito à apreciação da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT (Secção de Investigação) na sua reunião de 01-02-2013, tendo merecido Parecer favorável.

Parecer

O estudo em apreciação é pertinente do ponto de vista científico, apresenta-se bem fundamentado, propondo um desenho de investigação consistente com os objetivos e tipo de estudo, podendo vir a ter um contributo importante para os utentes e profissionais.

A modalidade de recrutamento e abordagem dos participantes respeita os princípios éticos fundamentais.

Está prevista a divulgação dos resultados e posterior destruição dos dados fornecidos pelos participantes.

Analizado o processo emite-se parecer favorável à autorização deste estudo.

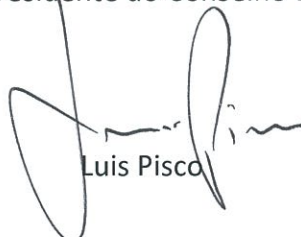
Conflito de interesses: não identificados.

O Parecer foi aprovado por unanimidade.

O Conselho Directivo, atento ao teor do Parecer emitido por aquela Comissão, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Luis Pisco', with a large loop on the left and a wavy line on the right.

LUIS PISCO
Vice-Presidente do Conselho Directivo
ARSLVT, I.P.

Anexo XII – Artigos publicados

Lisboa, 26 de outubro de 2012

Livro de comunicações e posters – 183pp

**A ENFERMAGEM NA CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO GESTÃO DOS
REGIMES TERAPÊUTICOS EM PESSOA COM DOENÇA CARDIOVASCULAR.**

Conference Proceedings

Universidade Católica - Instituto Ciências da Saúde

Fundação D. Pedro IV – Instituição Particular de Solidariedade Social

CIEG, Lisboa 2012

Publicação Anual

Edições Fundação D. Pedro IV

Pág. 63-79

www.cieg2012.org

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE ENFERMAGEM GERIÁTRICA

A ENFERMAGEM NA CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO GESTÃO DOS REGIMES TERAPÊUTICOS EM PESSOA COM DOENÇA CARDIOVASCULAR.

Autor: Mário João Ribeiro da Silva; Co-autor: Professor Doutor José Amendoeira

NOTA INTRODUTÓRIA

As pessoas que têm no seu dia a dia que integrar um conjunto de atividades relacionadas com a gestão de diferentes regimes terapêuticos, farmacológicos e não farmacológicos, necessitam de suporte desenvolvimental, psicológico, familiar, sociocultural e socioeconómico. Alguns estudos têm sido desenvolvidos, no âmbito da adesão aos diferentes regimes terapêuticos, na sua maioria relacionados com a adesão à terapêutica farmacológica, centrados essencialmente na perspetiva dos profissionais de saúde, dos custos e benefícios e no sistema de saúde (Ben-Arye et al, 2007; Nieuwenhuijsen et al, 2006; Pascucci et al, 2010; Washburn e Hornberger, 2008; Blanski e Lenardt, 2005; Desimone e Crowe, 2009)

Este artigo emerge de três dimensões integradas, num processo que se prevê ser de continuidade. Os resultados de um estudo de mestrado, publicado em livro nesta área; a revisão sistemática de literatura já realizada, numa perspetiva de enquadramento do tema e por último o desenvolvimento de um projeto de Doutoramento na mesma temática, já com registo definitivo.

A nível nacional estas dimensões também têm sido estudadas, assim como, centrado nas pessoas, desenvolvemos um estudo qualitativo, cuja questão de investigação integra o ser humano e as dimensões que promovem a adesão aos diferentes regimes terapêuticos. Os resultados traduzem essencialmente as razões das pessoas em aderir ou não aderir aos diferentes regimes terapêuticos. Consideramos que só quando compreendermos as razões que levam as pessoas a desenvolver determinado cuidado em relação à sua saúde, é que podemos desenvolver com estas, intervenções que promovam esta dimensão do autocuidado. (Silva, 2010; Machado, 2009; Sousa, 2003)

A nossa perspetiva será tendo como centralidade a pessoa com doença cardiovascular, de que forma os enfermeiros promovem o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos.

Palavras chave: Compliance; adesão; concordância; autocuidado; gestão dos regimes terapêuticos; doença cardiovascular; prática baseada na evidência.

CONCEÇÃO INTEGRADA DO FENÓMENO NA TEMÁTICA ENFERMAGEM GERIÁTRICA

Qualquer disciplina no seu construto, integra três dimensões que estruturam o seu conhecimento: os conceitos, o método e a prática. Estas dimensões emergem das teorias filosóficas, de permissas e pressupostos que lhe dão suporte, caracterizando-a como disciplina capaz de reinventar a realidade e produzir conhecimento.

A enfermagem tem como objeto de estudo , as respostas humanas aos processos de saúde doença, o que desde logo focaliza toda a conceção na centralidade da pessoa enquanto sujeito de cuidados na sua área do conhecimento e intervenção específica.

Perante uma sociedade global em constante mudança, por fatores socioeconómicos, demográficos, culturais e tecnológicos, cujas características sociodemográficas se pautam por um aumento significativo de pessoas com mais de 65 anos de idade, onde o papel da mulher é cada vez mais ativo no mundo do trabalho, onde as famílias têm apresentado alterações estruturais e dimensionais significativas. Passamos de famílias numerosas com comunhão de várias gerações, para famílias nucleares e afastadas dos seus patriarcas, as crianças que passam cada vez mais tempo nas instituições escolares e outras do que em comunhão familiar.

Neste contexto, uma outra dimensão importante é o aumento exponencial das doenças crónicas, que segundo o ICN (2010), deve-se a um conjunto de fatores ao nível global, nacional e local, integrando as questões relacionadas com alterações cruciais em termos globais e nas sociedades, que passam por uma globalização económica, medidas políticas e sociais e questões de injustiça social, assim como o envelhecimento populacional.

Ao falarmos de pessoas com doença crónica, muitos são os conceitos que por vezes surgem na literatura: doença crónica, quadros crónicos, doenças de longo prazo, doenças do estilo de vida e doenças não transmissíveis. Importa aqui realçar a assunção de dois conceitos da OMS, que descreve a doença crónica como “doenças de duração prolongada e progressão lenta” e os quadros crónicos como “problemas de saúde que exigem tratamento continuado ao longo de um periodo de anos ou décadas”, o que face à problemática do estudo que nos encontramos a desenvolver, integra as doenças cardiovasculares, uma vez que a pessoa com doença cardiovascular, face ao que tem sido produzido cientificamente, tem instituído um tratamento continuado que se mantém pela vida fora, evidentemente com possíveis alterações, face a alguma adequação que ocorra quer em termos involutivos ou evolutivos do seu problema de saúde.

Dos fatores de risco associados a estas mudanças, os modificáveis como o tabagismo, má alimentação, inatividade física, uso excessivo de álcool, entre outros, constituem-se como um dos desafios que nós profissionais de saúde temos para trabalhar com esta sociedade globalizante, da qual também fazemos parte.

Pois é nesta dimensão, que os enfermeiros terão uma grande influência, naquilo que são as estratégias de educação em saúde para capacitar as pessoas, as famílias, os grupos e a comunidade, face aos fatores que estão presentes no dia a dia de cada cidadão e que por circunstâncias quer fisiológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais, não lhes permitem responder de forma assertiva a estes desafios, com os quais convivem diariamente e que por vezes conduzem as pessoas a tomar decisões e encontrar estratégias que consideram as mais adequadas mas que têm repercussões na sua vida, não expectáveis.

O conhecimento e a proximidade que os enfermeiros cultivam diariamente com as pessoas, é sem dúvida uma janela de oportunidade para o desenvolvimento de um

trabalho em parceria quer com as próprias, quer com outras disciplinas no âmbito da saúde, social, económico e cultural, numa perspetiva transdisciplinar, cujo objetivo comum será a capacitação das pessoas para o desenvolvimento dos seus projectos de vida e de saúde individuais e coletivos.

Alguns estudos científicos relevam que as pessoas quando são envolvidas nos processos, tornam-se co-responsáveis naquilo que são os seus projetos para o futuro. (Ben-Arye et al, 2007; Nieuwenhuijsen et al, 2006; Pascucci et al, 2010; Washburn e Hornberger, 2008; Blanski e Lenardt, 2005; Baird e Pierce, 2001; Thompson et al, 2011)

Esta cultura de proximidade, por parte dos enfermeiros, promove no cidadão uma confiança cujos laços só terão vínculo se os resultados esperados integrarem objetivos congruentes de ambas as partes, promovendo nas pessoas autoconfiança, capacidades para a autogestão dos seus problemas de saúde e tomadas de decisão partilhadas e responsáveis, que são integradas no seu dia a dia, o que leva a alterações dos estilos de vida, não temporários mas definitivos.

Sabemos que a pessoa idosa tem um background de conhecimentos que não foi aprendida apenas nos ensinamentos dos livros, aliás uma parte da população idosa atual, os livros foram instrumentos para os instruir a ler, a escrever e essencialmente a fazer contas, pois era muito importante para a sua capacidade de gerir a vida, controlar o seu dinheiro que era escasso. Ora, não querendo generalizar, mas culturalmente e face às pessoas idosas que atualmente cuidamos, cujas necessidades de cuidados de saúde são cada vez mais emergentes e por conseguinte, cuidados de enfermagem, têm hoje uma experiência vivenciada da sua saúde e da conceção que têm dela que é completamente diferente de um jovem da atualidade. (Costa, 2002)

- Será que nós enfermeiros, mobilizamos na nossa prática clínica estas dimensões sociais, culturais e até espirituais, para podermos prestar cuidados individualizados a estas pessoas?
- Será que refletimos sobre a forma como olhamos estas pessoas e as consideramos como alguém capaz de decidir e fazer as suas escolhas?
- Como poderemos capacitar as pessoas para os seus projetos individuais de vida e de saúde e até coletivos?
- Será que a centralidade apenas na organização dos cuidados a prestar, integrados em sistemas herméticamente fechados e naquilo que tem sido o desenvolvimento profissional, centrado numa dimensão normativa da profissão, tem traduzido em termos globais ganhos em saúde para as pessoas?

O desenvolvimento de estratégias de intervenção centradas nas pessoas e para as pessoas cujo objetivo é a promoção para o autocuidado na gestão dos seus processos de saúde doença, é na nossa perspetiva um dos pilares essencial para que as pessoas idosas possam experienciar e vivenciar um processo de envelhecimento ativo, cujos resultados evidenciem cidadãos capazes de fazer opções e adotar hábitos de vida de acordo com a sua realidade que se traduzem em estilos de vida saudáveis, quer individualmente ou em comunidade. (Costa, 2002, Thompson et al, 2011)

Segundo o ICN (2010), as pessoas quando decidem participar em atividades no âmbito da promoção da saúde, em várias fases da vida, têm vários objetivos, desde a dimensão estética à promoção do seu bem estar ou manutenção da sua saúde, no entanto, nem sempre a sua intenção se pauta pela prevenção de futuros problemas de saúde. Entre a oportunidade, os recursos e a motivação para reduzir esses riscos, considera que a manutenção destas atividades até estarem integradas de forma plena na vida quotidiana pode constituir-se num desafio.

Os enfermeiros têm um papel importante na liderança da promoção destas atividades, envolvendo as pessoas, as famílias e os amigos a adotarem estes estilos de vida saudáveis, pela sua proximidade. (ICN, 2010)

A proximidade com as pessoas permite aos enfermeiros liderar campanhas de educação e informação, numa linguagem acessível que garante clareza e consistência nas mensagens de saúde, capazes de influenciar políticas relacionadas com a adoção de estilos de vida saudáveis no âmbito da alimentação, prática de actividade física, etc..., desde as escolas, aos locais de trabalho e até na própria casa das pessoas.

Quanto a nós, na interação com as pessoas que cuidamos, percebemos que têm conhecimentos bem estruturados sobre os cuidados a ter com a sua saúde, as opções que devem tomar, enfim, no entanto ter o conhecimento é uma coisa, optar por ele é outra coisa muito diferente.

Segundo o ICN (2010), facultar informação, melhorar a consciencialização das pessoas, são metas a estabelecer, mas não são suficientes, para alterar comportamentos, necessitamos transmitir e reforçar frequentemente e com várias estratégias, as mensagens relacionadas com a saúde cujo objetivo passa por informar e educar a totalidade da população.

Por outro lado, face à temática da pessoa com doença cardiovascular, alguns dados foram mobilizados tendo por base a World Health Organization (OMS), a nível internacional e a Direcção Geral de Saúde (DGS) e o Observatório nacional da Saúde (ONSA).

Em relação à OMS, os dados evidenciam que as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte. A doença cardiovascular é causada por distúrbios do coração e vasos sanguíneos, e inclui a doença coronária (Enfarte do miocárdio), doença cerebrovascular (Acidente Vascular Cerebral), pressão arterial elevada (hipertensão arterial), doença arterial periférica, cardiopatia reumática, cardiopatia congénita e insuficiência cardíaca. As principais causas de doença cardiovascular são o consumo de tabaco, inactividade física e uma dieta pouco saudável.¹

Em 2004, estimava-se que 17,1 milhões de pessoas morreram devido a estas doenças, que corresponde a 29% da mortalidade a nível mundial. 82% ocorrem em países de baixo e médio nível económico e numa proporção idêntica face ao género.

Prevê-se que em 2030, quase 23.6 milhões de pessoas terão como causa de morte as doenças cardiovasculares. O maior aumento percentual irá ocorrer na região do Mediterrâneo Oriental. O maior aumento no número de mortes irá ocorrer na região do Sudeste Asiático.

¹ http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/index.html

Na Europa, esta problemática tem merecido a atenção dos organismos responsáveis, existindo programas de intervenção que visam reduzir os factores de risco modificáveis, como tabagismo e hipertensão arterial, integrando a promoção da saúde e prevenção de doenças. Actualmente, 27 países participam neste programa “*The Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention (CINDI)*”

Dois outros programas, também com o objectivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas com doenças cardiovasculares:

- A Declaração de Helsingborg na gestão da doença aguda em 1995 na reunião - Pan-European de consenso sobre esta gestão. O encontro foi organizado em colaboração com o Conselho Europeu das doenças súbitas, a Confederação Mundial de Fisioterapia - Europa, a Federação Mundial de Terapia Ocupacional, a Federação Europeia das Sociedades de Neurologistas e da Sociedade Internacional das Doenças Súbitas. Estando actualmente a ser produzido um documento em unidades de AVC.

- O segundo programa é um projecto-piloto que visa melhorar a qualificação dos profissionais da educação em geral. O programa mostra aos formandos como educar pessoas com doença cardiovascular na manutenção e implementação de uma melhor qualidade de vida, mesmo ao nível da reabilitação e prevenção secundária.¹

Por outro lado, relevamos também as questões dos indicadores revelados pela Direcção Geral de Saúde (2002), referindo que as doenças cardiovasculares, cancro e outras são a principal causa de morbilidade e mortalidade, assim como as responsáveis por situações de incapacidade e perda de qualidade de vida, citando (DALYs1, European Health Report, OMS, 2002) “...com expressão muito significativa no consumo de serviços de saúde (...) medicamentos e dias de internamento, representando, em 2000, a nível europeu, cerca de 75% da carga da doença (*burden of disease*)”.

Da mesma fonte, mas relativo a dados mais recentes (2004), onde evidencia as questões das doenças cardiovasculares em termos do ranking mundial, numa perspectiva futura, onde as primeiras mantêm a posição e até com uma subida percentual e uma delas subiu da 14ª para a 8ª posição, o que revela a tendência evolutiva no âmbito das doenças cardiovasculares no mundo.²

Quadro nº 1 – Causas de mortalidade/ Rank/%

2004	(%)	Rank	2030	(%)	Rank
Ischaemic heart disease	12.2	1º	Ischaemic heart disease	14.2	1º
Cerebrovascular disease	9.7	2º	Cerebrovascular disease	12.1	2º
Hypertensive heart disease	1.7	14º	Hypertensive heart disease	2.1	8º

Fonte: World Health Statistics 2008, p. 30

Neste âmbito, enquanto disciplina e segundo os Enunciados Descritivos da Ordem dos Enfermeiros (2001, p.4) “...a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional (...) nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde...”, o que integra o contributo

¹ http://www.who.int/cardiovascular_diseases/region/en/

² http://static.publico.pt/docs/pesoamedida/DGS_Programa_Nacional_Intervencao_Integrada_Determinantes_Saude_Relacionados_Estilos_Vida_2003.pdf

das intervenções de enfermagem no âmbito desta procura da excelência nos processos de cuidados com a pessoa, família e/ou comunidade.

No que diz respeito aos estudos desenvolvidos no âmbito da gestão dos regimes terapêuticos, duas dimensões desta temática têm sido mobilizadas, a gestão ao nível do regime terapêutico quer farmacológico, quer não farmacológico, cuja centralidade tem sido essencialmente ao nível da pessoa em processo de saúde doença como a Diabetes, a Insuficiência Renal Crónica e a Hipertensão, no entanto existe uma outra dimensão que se encontra integrada na anterior, ou seja a adesão, onde também se têm desenvolvido alguns estudos centrados na pessoa e nos processos de avaliação deste fenómeno, quer em termos quantitativos, quer em termos qualitativos. (Desimone e Crowe, 2009; Blanski e Lenardt, 2005; Silva, 2010; Machado, 2009; Sousa, 2003)

O percurso como investigadores que temos vindo a desenvolver caracteriza-se pela compreensão das respostas humanas ao fenómeno da adesão aos diferentes regimes terapêuticos. Temos procurado compreender quais as dimensões que levam as pessoas a aderir aos diferentes regimes terapêuticos, ou seja, partilhando aquilo que refletimos anteriormente, na importância da centralidade da pessoa no processo de cuidados.

Sistematizamos o conhecimento face às questões mais específicas da adesão aos diferentes regimes terapêuticos sob a forma de quadro, apenas para evidenciar algumas das dimensões que nos fizeram reflectir e decidir realizar este estudo no âmbito do auto-cuidado – gestão dos regimes terapêuticos.

Quadro nº 2 – Síntese de estudos sobre a adesão ao regime terapêutico

AUTOR/ DATA	TÍTULO	EVIDÊNCIA CIENTÍFICA	IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA
Machado (2009)	Adesão ao regime terapêutico – representações das pessoas com IRC o contributo dos enfermeiros	Fenómeno ainda não assumido pelos enfermeiros como uma prática profissionalizada; Intervenções de enfermagem pouco sistematizadas; Limite apenas ao esclarecimento de dúvidas quando solicitados;	Intervenção terapêutica dos enfermeiros na educação para a saúde será um dos recursos, tendo como foco a promoção de comportamentos de adesão como processo intencional da acção profissional; A entrevista de acolhimento de forma sistemática a todas as pessoas ou família; O reforço da informação escrita;
Silvana Leite e Maria Penha Vasconcelos (2003)	Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adoptados na literatura	Os estudos no campo dos medicamentos predominam com a não priorização do papel da pessoa no processo de saúde/doença e tratamento; Poucos são os estudos	Comprometimento da capacidade dos estudos de obter uma compreensão mais ampla e profunda sobre o tema: As questões da adesão devem ser vistas como um todo, pelo que devemos ter em

		que avaliam as dimensões sociais e culturais, como a adesão resultado de um processo de decisão racional;	consideração o meio social e cultural em que ocorrem;
Maria Henriques, (2006) RSL 2004/2006	A adesão ao regime terapêutico em idosos	Níveis de adesão em média de 50% nos idosos; Implicações profundas a nível pessoal, social e económico, com responsabilidades no âmbito dos acidentes; Aumento de hospitalizações, re-hospitalizações, institucionalizações em lares, diminuição da qualidade de vida e morte, atribuíveis directamente aos baixos níveis de adesão;	Necessidade de acções múltiplas e multidisciplinares, sendo constatado intervenções de médicos, farmacêuticos e enfermeiros, integrando estratégias educacionais e comportamentais; A enfermagem tem um papel crucial pela proximidade e conhecimento do contexto na implementação de intervenções promotoras de uma gestão adequada do seu regime terapêutico; A enfermagem poder-se-á constituir como o elo de ligação entre a equipa de saúde; Necessidade de estudar a eficácia das intervenções de diferentes tipos, com comparação entre si; Centralidade nos idosos e suas necessidades efectivas, avaliação do que os idosos querem e precisam de aprender; Deve haver pelo menos um acompanhamento dos idosos de seis meses;

Estas reflexões permitem uma contextualização face ao estudo que estamos a desenvolver, relacionado com as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular.

Poderemos desenvolver muitas teorias, modelos, integrá-los na nossa prática clínica, mas se não compreendermos de que forma é que as pessoas respondem aos seus processos de saúde doença, nunca poderemos corresponder de forma eficaz e eficiente às necessidades de cuidados de saúde que as pessoas apresentam. (Costa, 2002)

Assim e numa população restrita, estudamos o fenómeno da adesão aos diferentes regimes terapêuticos centrados nas pessoas e compreendemos que existem muitas dimensões que influenciam este processo. Os resultados que emergem do estudo evidenciam quatro dimensões nas pessoas como promotoras da adesão aos diferentes regimes terapêuticos:

Desenvolvimentista¹, com referência para os processos relativos ao desenvolvimento durante o ciclo de vida, na responsabilidade que promove o desenvolvimento de estratégias para a integração de novos hábitos, assim como a mobilização dos stressores e das experiências positivas.

Psicológica², com referência para os processos mentais e de relacionamento, as emoções, os sentimentos, as percepções, as crenças pessoais e a motivação.

Sociocultural³, com referência às funções do sistema relativas às expectativas e às actividades sociais e culturais, a dimensão relacional com os profissionais de saúde e a sua representação social pelas orientações na promoção da saúde, a valorização da família como suporte, organizadora e integradora na supervisão da adaptação ao regime terapêutico.

Espiritual⁴, referente à influência das crenças espirituais, mobilizando aqui também o que Neuman designa de ambiente interno, ou seja, o que se prende com a pessoa enquanto sistema, relevamos aquilo em que acredita e no que integra como benéfico.

Evidenciam três dimensões nas pessoas como promotoras da não adesão aos diferentes regimes terapêuticos:

Psicológica, incapacidades cognitivas; ideias erróneas do seu problema de saúde; percepção do regime como restritivo; falta de motivação; percepção do tempo e do desaparecimento dos sintomas.

Sociocultural traduz os aspectos essencialmente relacionados com a cultura, focalização apenas no presente, as questões económicas, hábitos socialmente integrados e a forma como mobiliza as suas crenças quer pessoais quer da comunidade.

Espiritual, as crenças em detrimento do regime instituído.

Perante estes resultados, também constatamos que muitos são os estudos que se referem aos fatores que influenciam a adesão das pessoas aos diferentes regimes terapêuticos e que corroborem os mesmos, ou seja, fatores relacionados com a pessoa, com o ambiente, o sistema de saúde, o tratamento e o problema de saúde. (Baird e Pierce, 2001; Blanski e Lenardt, 2005; Poirier et al, 2006; Ingersoll e Cohen, 2008; Silva, 2010)

Também consideramos de crucial importância perspetivar evolutivamente os conceitos relacionados com esta área do conhecimento em enfermagem e de outras disciplinas. De forma esquemática procuramos ilustrar esta evolução:

^{1,2,3,4} - Modelo de Sistemas de Betty Neuman; Variáveis do sistema: fisiológicas, desenvolvimentistas, psicológicas, socioculturais e espirituais.

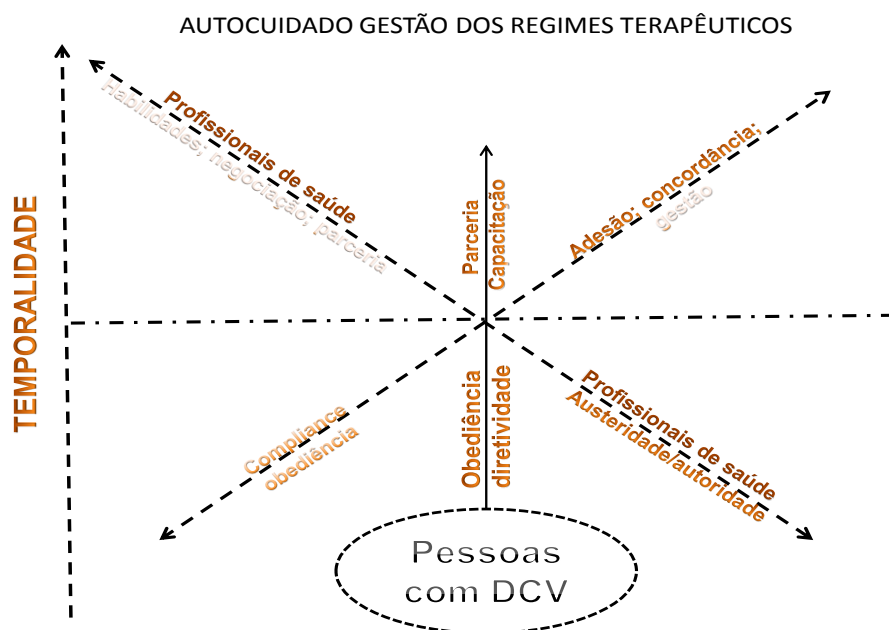


Figura nº1 - Evolução dos conceitos de adesão numa perspetiva temporal de acordo com alguns estudos científicos (Nieuwenhuijsen et al, 2005; Ben-Arye et al, 2007; Pascucci et al, 2010; Washburn e Hornberger, 2008; Williams, Manias, Walker, 2008 citando Haynes, 2005; Stephen, 2011; Shaw-Nin et al, 2005; Lee et al, 2009; Ownby et al, 2006; Silva, 2010; DeSimone e Crowe, 2009, Poirier et al, 2006)

Relevamos face à revisão de literatura que temos realizado, uma evolução dos conceitos, tendo por base a perspetiva da centralidade das pessoas nos cuidados de saúde. Em 2008 (Ingersoll e Cohen), numa revisão sistemática de literatura sobre a influência dos factores na adesão ao regime terapêutico em tratamentos prolongados, referem que *“Lastly, while studies of adherence were in vogue 30 years ago, there has been a resurgence of interest in adherence during the last decade...”*. Não é nosso objetivo, criar um início desta problemática, mas percebemos que a partir da década de 80, literatura científica tem vindo a ser produzida, no entanto, muitos dos achados, revelam essencialmente dimensões relacionadas com os benefícios das pessoas cumprirem um regime instituído, centrados nos profissionais de saúde, nos sistemas de saúde e nos custos do não cumprimento destas prescrições por parte das pessoas, que nos dá suporte para perspetivarmos estas dimensões, de forma transversal, ou seja, perceber que este fenómeno tem que integrar ambos os intervenientes no processo, ou seja, os profissionais de saúde e as pessoas/família/grupo ou comunidade. (Blanski e Lenardt, 2005)

Neste âmbito, por exemplo Rogers (1951), já produzia teoria sobre motivação, e alguns modelos que emergem depois, como HBC (Health behavior change), HBM (Health Belief Model), SCT (Social-Cognitive Theory), TMBC (Transtheoretical Model of Behavior Change) (Nieuwenhuijsen et al, 2005). Consideramos que todos estes modelos, nos permitem compreender que para podermos capacitar as pessoas para gerirem os seus regimes terapêuticos, o conhecimento da forma como as pessoas respondem aos seus processos de saúde doença, é crucial, daí esquematicamente a dimensão da temporalidade estar presente. (Thompson et al, 2011)

Contextualizando para a enfermagem, existem muitas teorias e modelos que nos ajudam a centrar os cuidados nas pessoas. Nesta dimensão da capacitação das

peçoas, Orem (1995), teorizou o autocuidado como um conceito a trabalhar com as peçoas, independentemente dos problemas de saúde que apresentem.

PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia num processo de investigação, é uma das dimensões cruciais para que a finalidade, os objetivos e os resultados sejam atingidos de uma forma congruente, produzindo evidência científica que responda à questão de investigação.

Pretendemos estudar as intervenções de enfermagem que traduzem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem na promoção do auto-cuidado - gestão dos diferentes regimes terapêuticos em peçoas com doença cardiovascular.


A reflexão esquemática anteriormente apresentada, emerge da metodologia utilizada com recurso à revisão sistemática de literatura que desenvolvemos, tendo por base esta preocupação de conhecer o desenvolvimento de evidência científica nesta área específica do conhecimento, ou seja, como podemos identificar as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em peçoas com doença cardiovascular. Muitos estudos têm sido realizados, numa perspetiva quantitativa e qualitativa, pelo que formulamos a seguinte questão PICO (População, Intervenção, Comparação, Outcomes) ***Quais as intervenções de enfermagem (I) promotoras do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos (O) em peçoas com doença cardiovascular (P)?***

Realizamos as pesquisas a 10 fevereiro 2011, na plataforma EBSCO, nas bases de dados: CINHALL Plus Full Text; Medline with full text; British Nursing Index; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; com as seguintes palavras chave: *“nurs*, intervention; self care; management; therapeutic; person; cardiovascular disease*. Artigos científicos publicados em texto completo (PDF); Filtro cronológico 2005-2011; Validação dos descritores.

Pesquisamos inicialmente cada palavra-chave individualmente e posteriormente com a conjugação de todas as palavras-chave, da qual emergiram os estudos/artigos relacionados.

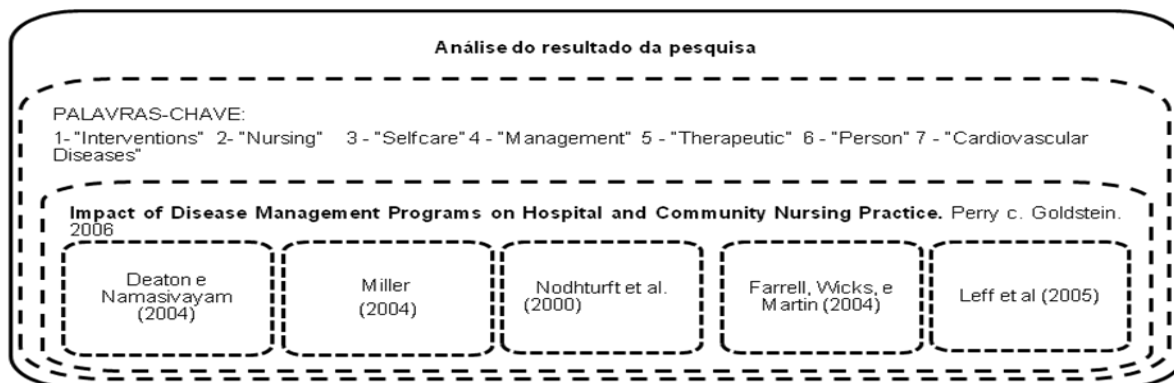
Apresentamos sob a forma de esquema, os resultados desta RSL:

Figura nº2 - Resultados da pesquisa por palavra chave e da sua conjugação.

Palavras-chave	Nº de artigos		Conjugação das palavras-chave	Nº de artigos
1 – Nursing	154112		1+2+3	26
2 – Intervention	169352		1+2+3+4	21
3 – Selfcare	108		1+2+3+4+5	11
4 – Management	281431		1+2+3+4+5+6	9
5 – Therapeutic	222830		1+2+3+4+5+6+7	5
6 – Person	133954			
7 – Cardiovascular disease	95621			

Após esta etapa, passamos à leitura dos resumos dos artigos e integrando os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, chegamos a um artigo que respondia a algumas dimensões da questão formulada, conforme figura nº3

Figura nº3 - Artigo selecionado após leitura dos resumos e integração dos critérios de inclusão e exclusão.



Os resultados desta pesquisa, contribuíram para conhecer algumas das intervenções que promovem o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doença cardiovascular. Este artigo integra vários estudos que visam esta temática, que passamos a apresentar de forma sintética.

Deaton e Namasivayam (2004), avaliaram os resultados dos pacientes cardíacos.

- ✓ 50% dos reinternamentos hospitalares, durante um ano na sequência de um enfarte agudo do miocárdio foram relacionados com factores psicossociais, que influenciam o processo de adesão aos diferentes tipos de regime terapêutico.
- ✓ As intervenções de enfermagem reduzem as complicações e os reinternamentos entre esta população.
- ✓ Mais pesquisa em enfermagem clínica baseada em evidência, deve ser empreendida para alcançar e destacar a importância das intervenções de enfermagem entre este grupo de doenças crónicas.
- ✓ Importância da participação da enfermagem na gestão dos processos de doença.

Miller (2004)

- ✓ O ensino de medicação como um aspecto crítico do auto-cuidado e da gestão de doenças crónicas nos idosos.
- ✓ A gestão da medicação e o auto-atendimento geriátrico deve incluir decisões sobre o custo e a eficácia terapêutica, bem como as questões de segurança.
- ✓ "Os enfermeiros têm responsabilidades importantes no ensino dos idosos sobre os seus direitos de questionarem, para que eles possam obter respostas para as (suas) perguntas complexas.
- ✓ O ensino da medicação está a tornar-se de crucial importância nos programas dos cuidados domiciliários para evitar complicações devido aos complexos regimes terapêuticos e aos efeitos adversos e interacções medicamentosas.

Nodhturft et al. (2000) Programa "Vencer os Sintomas "

- ✓ A gestão da diabetes, doenças cardiovasculares e hipertensão.
- ✓ Workshop 2,5 horas realizadas semanalmente, durante 6 semanas.
- ✓ As sessões foco sobre "Técnicas para lidar com problemas como frustração, fadiga, dor e isolamento; exercícios para manter e melhorar a força, flexibilidade e resistência; uso adequado de medicamentos; comunicação eficaz com a família, amigos e profissionais de saúde, nutrição e avaliação de novos tratamentos.
- ✓ Um livro com informação, que ajuda a desenvolver competências de gestão de saúde e de responsabilidade pessoal nos cuidados de saúde.

Farrell, Wicks, e Martin (2004)

- ✓ Dimensões psicológicas como as teorias de auto eficácia para melhorar a adesão ao tratamento e auto-gestão.
- ✓ Avaliou pessoas com doença crónica num contexto rural. Incluiu a gestão cognitiva dos sintomas, as habilidades de comunicação.
- ✓ Melhorias significativas nos comportamentos de auto-gestão.
- ✓ Importância crescente da transdisciplinaridade onde as teorias de enfermagem e outras confluem no resultado comum, uma abordagem com a pessoa na gestão da doença crónica.

Este artigo numa perspetiva da prática baseada na evidência, releva essencialmente a necessidade de trabalharmos com as pessoas, integrando a metodologia científica do processo de enfermagem, que permite aos enfermeiros desenvolver com a pessoa a avaliação das suas necessidades e após análise e validação das mesmas, poderem planear cuidados personalizados e contribuir para a resolução, reabilitação ou manutenção da sua saúde.

No entanto, após esta reflexão, percebemos que nas nossas pesquisas não tínhamos nenhum instrumento que pudesse medir de forma criteriosa os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem. Decidimos então, enveredar por realizar nova pesquisa, incluindo mais uma palavra chave: "measure".

Desta forma, na mesma plataforma, a 25 de novembro de 2011, fizemos todo o processo de pesquisa com as seguintes palavras chave: *"nurs*, intervention; measure; self care; management; therapeutic; person; cardiovascular disease*. Artigos científicos publicados em texto completo (PDF); Filtro cronológico 2005-2011; Validação dos descritores.

Da pesquisa com a conjugação de todas as palavras chave emergiram 56 artigos. Após a leitura dos resumos e dos critérios de inclusão e exclusão, analisamos 6 artigos, onde emergem várias dimensões importantes que nos fazem partir para o estudo de investigação com um background de conhecimento mais abrangente e com um espírito aberto para a descoberta, tendo como principal preocupação contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem no âmbito da promoção e capacitação das pessoas com doença cardiovascular para tomadas de decisão e gestão dos seus processos de saúde doença.

Um dos artigos, com recurso à RSL identificou 248 estudos, que após os critérios de seleção, analisou 97. O que emerge desta RSL, face à questão identificar intervenções de enfermagem que implementem a adesão à terapêutica, em pessoas com várias doenças crónicas, são os três conceitos inerentes a esta temática: **Compliance, Adherence e Concordance**. Segundo estes autores (Williams, Manias, Walker, 2008 citando Haynes, 2005; Stephen, 2011) **adherence**, é definida como a medida em que as pessoas seguem as instruções que são prescritas pelos profissionais de saúde, que envolve a escolha da pessoa com ausência de juízos ou julgamentos. Em oposição, **compliance**, centrando apenas nos profissionais de saúde a responsabilidade da prescrição e o seu cumprimento nas pessoas, o que releva a conformidade, reforça a sua passividade no processo e promove a auto-culpabilização, caso não cumpra. Por último o conceito de **concordance**, emerge numa parceria/relação consultiva e concensual entre a pessoa e o seu médico. Redimensiona o conceito de adesão, incluindo o conceito de decisão partilhada ou acordo concensual sobre o tratamento, no qual as crenças e preferências da pessoa são consideradas. Consideramos extensível a qualquer outro profissional de saúde que prescreva intervenções, como é o caso dos enfermeiros. Segundo estes autores é um conceito em construção face à adesão cujo processo evolutivo concetualiza esta preocupação emergente da capacitação das pessoas nos seus processos de saúde doença.

Todos os estudos evidenciam a importância da gestão das condições crónicas co-existent em pessoas de todas as idades como sendo crucial para retardar a progressão, prevenir doenças e ainda reduzir o risco de duplicação nos tratamentos e incompatibilidades que afetam negativamente os resultados em saúde. Concomitantemente, os fatores relevados na promoção da adesão e consequente capacidade para gerir mais eficazmente os seus regimes terapêuticos passam pela simplificação dos regimes terapêuticos, suporte social adequado, capacidades económicas, potenciar a educação e a literacia em saúde, parceria pessoa/profissionais de saúde, no planeamento dos cuidados a implementar, promover estratégias de comunicação para os profissionais de saúde na interação com as pessoas, respeito pelas dimensões culturais. (Williams et al, 2008; Stephen, 2011; Shaw-Nin et al, 2005; Lee et al, 2009; Ben-arye et al, 2007; Ownby et al, 2006).

A maioria dos estudos demonstram a importância da proximidade e do desenvolvimento de estratégias com as pessoas, para a sua capacitação na gestão dos regimes terapêuticos. Passam por:

- ✓ Educação sobre as possíveis consequências das doenças e as razões para o tratamento; informação clara e completa;
- ✓ Auscultar a pessoa sobre a adesão; treino da entrevista (a forma como se pergunta influencia as respostas)
- ✓ Monitorizar as dificuldades das pessoas no envolvimento terapêutico; envolvimento da pessoa na decisão; estabelecer objetivos;
- ✓ Recorrer a auto-avaliações frequentes e de ambas as partes;
- ✓ Promover tempo real de feed back;
- ✓ Promover comunicação empática, sem juízos, aumenta a probabilidade de respostas honestas; comunicação aberta e colaborativa;
- ✓ Escuta ativa; suporte emocional;

- ✓ Apoio na adoção de comportamentos que promovam a adesão ao tratamento e os resultados objetivos e benefícios percebidos para a sua saúde; cuidados de manutenção e acompanhamento, lembretes; suporte social (família) (Williams et al, 2008; Stephen, 2011; Shaw-Nin et al, 2005; Lee et al, 2009; Ben-arye et al, 2007; Ownby et al, 2006).

Em relação aos instrumentos de avaliação, constatamos que três artigos integram algumas escalas centradas essencialmente em três dimensões: pessoa, processo e resultados:

1. Avaliação exclusiva da adesão à medicação em pessoas com doença crónica (MMAS-8- Morisky Medication Adherence Scale: baixa adesão<6; média adesão 6<8; alta/plena adesão =8); AE – Adherence Estimator: com três questões, avalia a propensão para a adesão: 0 – baixo risco de não adesão; 1-7 – médio risco de não adesão; >8 – alto risco de não adesão) – **resultado**;
2. Instrumento de avaliação das necessidades em saúde – HNI (Health Needs Instrument) – **processo**;
3. Avaliação da pessoa e da sua predisposição para a adesão – RAR (0-10 scale) – (Readiness Assessment Ruler – define três níveis sobre a percepção das pessoas: 0-3 – not ready; 4-6 – not sure; 7-10 – take action/ready) – **pessoa**; (Williams et al, 2008; Stephen, 2011; Shaw-Nin et al, 2005; Lee et al, 2009; Ben-arye et al, 2007; Ownby et al, 2006).

Perante estes instrumentos de avaliação, que segundo contatos com um dos autores de um deles – MMAS-8, disponibilizou desde logo toda a informação no sentido da sua validação para Portugal, o que na nossa perspetiva é uma mais valia para o estudo que estamos a realizar, no entanto, como pretendemos identificar e caracterizar as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doença cardiovascular, este instrumento apenas nos permite encontrar evidência de resultados relacionados com a adesão à terapêutica farmacológica, excluindo assim, as dimensões relacionadas com a pessoa e as respostas às intervenções de enfermagem numa perspetiva da promoção do autocuidado. (Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward H. 2008; Silva, 2010)

Contudo, face ao papel dos enfermeiros no contexto geriátrico, e de acordo com os resultados que todos estes instrumentos produziram nos artigos analisados, contribuem amplamente para que as intervenções de enfermagem a implementar com as pessoas, se traduzam em resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem num paradigma cuja centralidade dos mesmos é sem dúvida a pessoa. Na nossa perspetiva, um dos caminhos a desenvolver será a validação destes instrumentos para Portugal, no sentido de podermos em parceria com outros profissionais de saúde e com as pessoas/família/cuidadores/grupos ou comunidade, contribuir para ajudar e estruturar as mudanças necessárias para tomadas de decisão partilhadas e responsáveis, que co-constroem nas pessoas capacidades para a gestão dos seus regimes terapêuticos quer sejam farmacológicos ou não farmacológicos.

Ao analisarmos os objetivos de cada um dos instrumentos, compreendemos que cada um per si, avalia determinadas dimensões da adesão, consideramos no entanto que numa dimensão mais abrangente, o ideal seria construirmos um só instrumento com todas as dimensões integradas. Isto porquê? Centrando a nossa atenção no objeto de estudo da disciplina de enfermagem, ou seja, as respostas humanas aos processos de saúde doença, não nos faz sentido mobilizarmos apenas os instrumentos relacionados com os resultados, até porque de alguma forma, os resultados traduzem

nomeadamente aquilo que as pessoas fazem ou não fazem. Mas o porquê não é evidenciado, daí a importância de como enfermeiros e face à metodologia científica da disciplina – o processo de enfermagem, a avaliação das necessidades das pessoas está implícito nos processos de cuidados que os enfermeiros desenvolvem, ou seja, este instrumento de avaliação das necessidades de cuidados de saúde, faz parte daquilo que são as intervenções autónomas dos enfermeiros, numa prática baseada na evidência. Por último, mas não menos importante, a perspetiva da pessoa e das suas capacidades de gestão, decisão e manutenção do seu projeto de vida e de saúde, ou seja, só através do envolvimento e do acompanhamento próximo e reforço periódico, segundo alguns estudos revelam que as pessoas gerem melhor e mantêm os regimes terapêuticos. (Williams et al, 2008; Stephen, 2011; Shaw-Nin et al, 2005; Lee et al, 2009; Ben-arye et al, 2007; Ownby et al, 2006).

Algumas questões emergem, face à temática da conferência Internacional Enfermagem Geriátrica:

- ✓ Como podem os enfermeiros desenvolver com as pessoas processos de cuidados que promovam o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos?
- ✓ Como podemos avaliar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, se nos centrarmos apenas no desenvolvimento do saber tecnológico e nas necessidades das organizações de cuidados de saúde?
- ✓ A prática baseada na evidência é integrada pelos enfermeiros? Se não é, que caminho temos que desenvolver?
- ✓ A predominância de um paradigma de categorização face à concetualização dos cuidados de enfermagem, tem contribuído para a padronização e rotinização dos mesmos, onde a pessoa é um alvo e não um sujeito ativo?
- ✓ Os poderes relacionados com os conhecimentos disciplinares, têm influência na interação com as pessoas e no que devemos promover em termos de capacitação das mesmas?

Um dos grandes desafios para os enfermeiros, é a promoção e a educação em saúde, numa perspetiva, não de transferir os conhecimentos que nos são próprios, mas de fazer sentir à sociedade e às pessoas que cuidamos de que somos um recurso especializado, cujas intervenções poderão passar por orientação, supervisão e acompanhamento próximo, no sentido da prevenção, manutenção e recuperação da sua saúde. Esta dimensão e responsabilidade social que temos como disciplina e profissão, contrariará aquilo que até à data, tem sido o grande problema da enfermagem, ou seja, numa dimensão político-económica ser considerada como uma despesa, quando na nossa perspetiva e segundo alguns autores que têm refletido e produzido conhecimento sobre estas questões, produzimos cuidados e resultados que contribuem para o bem estar e saúde da sociedade. (Amendoeira, 2006; Costa, 2002)

Somos um grupo profissional que tem desenvolvido conhecimento em todos os contextos de cuidados, desde da área hospitalar, aos cuidados de saúde na comunidade, visitação domiciliária, na saúde escolar, saúde no trabalho, nas instituições de solidariedade social, unidades cuidados continuados, nas quatro tipologias (Curta duração e reabilitação, média e longa duração e cuidados paliativos), procurando em cada uma das áreas a especialização do conhecimento em enfermagem, através de formação pós graduada.

Conscientes que podemos fazer mais e melhor, também partilhamos que é nos contextos da prática clínica, ou seja na ação, que podemos desenvolver um

juízo clínico, que nos permita reflexividade na interação com as pessoas que cuidamos. Consideramos esta reflexividade como um mecanismo de retroalimentação para a teorização das práticas, numa procura constante de uma prática baseada na evidência que nos permita compreender não só a ação, mas também a razão para a ação, sendo este processo cíclico e dinâmico. Esta complexidade, face aos desafios da atualidade e à emergência de novos contextos de cuidados, exige dos enfermeiros formação ao longo da vida, que nem sempre é compatível com as suas vidas individual, familiar e social.

Os artigos que analisamos, evidenciam além dos aspetos enunciados anteriormente, intervenções com as pessoas, quer de enfermagem, quer de outros profissionais de saúde, como promotoras quer de adesão, quer de autogestão, centradas essencialmente a quatro níveis: avaliação das necessidades de saúde das pessoas; integração da evidência científica nos processos de cuidados; desenvolvimento de habilidades comunicacionais e de relação/aliança terapêutica com as pessoas e promoção e educação em saúde.

A avaliação das necessidade de saúde das pessoas, é uma dimensão a desenvolver cada vez mais, numa perspetiva de centrar os cuidados nas pessoas e naquilo que é o objetivo comum dos profissionais de saúde, prevenir e promover a saúde das populações, tendo por base ambas as conceções de saúde. Segundo Williams et al (2008), uma abordagem multidisciplinar será promotora de habilidades, confiança, motivação, conhecimento e suporte necessários à capacitação e segurança das pessoas. Os cuidados de enfermagem a pessoas com múltiplas doenças crónicas necessitam de um conhecimento profundo, sobre a forma de as ajudar e proteger, cujo contributo de uma prática baseada na evidência é crucial. Esta avaliação, permite um investimento em intervenções psicossociais, envolvendo as pessoas no auto cuidado gestão dos regimes terapêuticos, promovendo estratégias e tomadas de decisão com o objetivo de as capacitar para os complexos processos de saúde doença que possam emergir.

Também Stephen (2011), contribuiu para a nossa reflexão a este nível, ou seja, a importância da avaliação das necessidades de saúde das pessoas, como forma de podermos responder de forma mais personalizada às mesmas, permite-nos conhecer por exemplo, que existem fatores que influenciam a capacidade das pessoas gerirem de forma consistente e contínua os seus regimes terapêuticos, estes fatores podem variar de pessoa para pessoa. Mesmo em termos individuais, por exemplo, as crenças que uma pessoa apresenta podem variar de um medicamento para outro, de uma doença para outra ao longo do tempo, o que implica que as intervenções devem ser multifacetadas e adaptadas individualmente para cada pessoa. É neste sentido, que anteriormente questionamos sobre o paradigma da categorização e na standartização dos cuidados. Só conseguimos fazer rutura com esta conceção de cuidados, quando implementarmos uma prática baseada na evidência tendo por base uma construção validada com as pessoas das intervenções de enfermagem que elas próprias necessitam, o que promove em etapas subsequentes, a procura por parte das pessoas dos cuidados especializados dos enfermeiros.

No que diz respeito à integração de uma prática baseada na evidência e ao desenvolvimento de habilidades comunicacionais e de relação/aliança terapêutica, segundo Stephen (2011), uma abordagem centrada na interação e na colaboração com a pessoa, no sentido de encontrar os seus objetivos, a sua motivação para mudanças de estilo de vida e de gestão dos seus regimes terapêuticos, é crucial para a construção de uma relação/aliança terapêutica. Preconiza três tipos de entrevista para esta aliança, focada na solução, motivacional e modelo de interesse na

medicação, tendo as duas últimas resultados importantes na melhoria da adesão à medicação e até em muitas outras áreas, que segundo a nossa concepção integram o regime terapêutico não farmacológico: exercício, dieta, programas de bem estar. As respostas das pessoas, permitem aos profissionais de saúde orientar áreas a serem abordadas e permitir soluções colaborativas.

Ao nível da promoção e educação em saúde, os artigos analisados relevam essencialmente cinco grandes dimensões:

1. Conhecimento sobre as necessidades de saúde de cada pessoa e das suas capacidades, tendo em conta os fatores físicos, psicológicos, socioculturais, ambientais, político-económicos;
2. Metodologias de formação: estratégias, recursos, objetivos, resultados esperados, avaliação;
3. Estratégias de educação personalizadas: informação adequada e adaptada aos grupos/pessoas/família...
4. Promoção de uma relação colaborativa, orientada para a proximidade, acompanhamento e feedback contínuo;
5. Capacitação das pessoas para gerirem de forma mais eficaz e de acordo com os seus objetivos os seus processos de saúde doença;

São sem dúvida dimensões que contribuem nesta questão da enfermagem geriátrica, para que os enfermeiros possam implementar uma prática baseada na evidência com intervenções de enfermagem de qualidade que produzam resultados sensíveis e ganhos em saúde para esta população.

O que pretendemos investigar, não passa por identificar se os enfermeiros estão a desenvolver bem ou mal as intervenções autónomas de enfermagem, mas sim identificar e caracterizar as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doença cardiovascular, assim como numa fase posterior, identificar a perceção das pessoas em relação aos resultados dessas intervenções. A finalidade deste estudo será desenvolver uma teoria prescritiva de intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doença cardiovascular.

Estamos convitos que este estudo, será um contributo para o conhecimento em enfermagem, cujo resultado constituir-se-á num modelo de intervenção para os enfermeiros, especificamente para a finalidade que delineamos, com as pessoas numa fase de vida velhice, em que a geriatria emerge como um conceito mais amplo para as caracterizar num processo de envelhecimento, que pretendemos que seja ativo.

Pretendemos assim, dar continuidade à metodologia utilizada cujo paradigma de investigação qualitativa abrange e o permite, segundo Bogdan e Biklen (1994) a investigação qualitativa, apresenta cinco características, que relevamos aqui no sentido de fundamentar a nossa decisão, o contexto natural é a fonte primordial de colheita de dados, assim como o investigador se constituir o principal instrumento do processo, uma vez que a compreensão dos fenómenos se torna mais integradora quando observados no contexto habitual em que ocorrem “...para o investigador qualitativo divorciar o acto, a palavra ou o gesto do seu contexto é perder de vista o significado.” (1994, p.48); é descritiva, ou seja os dados são em forma de palavras ou

imagens, a análise é com base em todos os dados e no seu conteúdo, respeitando a forma como foram registados ou transcritos; o interesse maior pelo processo do que pelos resultados; a análise desenvolve-se de forma indutiva, os significados assumem extrema importância, ou seja a preocupação com as perspectivas dos participantes, no sentido de dar sentido à dinâmica interna dos fenómenos.

Enquanto metodologia a desenvolver, também numa perspectiva de continuidade, optamos pelo método etnográfico, pois estamos convictos que é na proximidade com a população que podemos identificar estas dimensões e assim conseguir compreender a pessoa no desenvolvimento das suas actividades de vida, onde as questões do cumprimento de diferentes regimes terapêuticos se encontram implícitas. Segundo (Flick, 2005) A função dos contextos em que ocorrem as interações e a evidência empírica da sua importância para os participantes é essencial para a compreensão da etnografia enquanto método. O mesmo autor, Citando Garfinkel (2005) refere que o objectivo da etnometodologia é captar os pormenores do “como”, numa realidade social, que conceptualiza como um processo, uma vez que a mesma é produzida nos contextos, interna ou externamente face às situações. Flick (2005), refere que a etnometodologia investiga a forma como as pessoas constroem a realidade social, tendo por base os processos de interacção.

Constatamos que a pessoa no seu dia-a-dia depara-se com situações inesperadas, ou outras que não sendo, são factores predisponentes para a promoção ou não do autocuidado nos processos de gestão dos diferentes regimes terapêuticos. Sabemos que os enfermeiros, pela sua proximidade com as pessoas/família/grupos e comunidade, são os profissionais mais habilitados para promoverem a gestão dos diferentes regimes terapêuticos. A etnografia é um processo sistemático de observação, descrição, documentação e análise dos modos de vida ou das tendências singulares de uma cultura ou subcultura. As observações das experiências e comportamentos ocorrem em contextos culturais e ambientes definidos. (Leininger citado por Fortin, 2009) Consideramos esta proximidade aos contextos de extrema importância, no sentido de apreendermos o fenómeno de forma natural, sem interferências exteriores.

Constatamos que a pessoa ainda assim não consegue gerir de forma eficaz os seus regimes, uma vez que pelas conclusões do estudo desenvolvido (Silva, 2009), demonstramos que existem dimensões como os processos cognitivos alterados, expectativas face aos resultados esperados da terapêutica, o tempo do tratamento, situação económica e a responsabilidade centrada nos outros, promovem a não adesão dos diferentes regimes terapêuticos. O que traduz a necessidade de haver um maior acompanhamento da pessoa no sentido de apoiar e encontrar estratégias de coping.

Simultaneamente percebemos que muitos dos participantes do estudo referiram que as informações que os enfermeiros lhes proporcionam por vezes são insuficientes ou não entendem a linguagem, o que os leva a procurar informação colateral (bulas dos medicamentos ou outras pessoas que façam o mesmo), o que faz com que por vezes abandonem os regimes terapêuticos. (Silva, 2009) Também (Paiva e Silva, 2007) refere que quantas pessoas com doença crónica não conseguem integrar no seu autocuidado as orientações provenientes dos profissionais de saúde, quer por informação insuficiente, por pouco cuidado por parte dos enfermeiros, por incapacidades

cognitivas que dificultam o processo de aprendizagem, por tomadas de decisão esclarecidas mantendo comportamentos inadequados face aos cuidados necessários para manter a saúde.

Provavelmente os enfermeiros procuram com a pessoa, promover e gerir os diferentes regimes terapêuticos, mas as intervenções específicas neste âmbito não estarão devidamente sistematizadas, ou seja, são orientações de carácter individual e isoladas que não promovem na pessoa processos de transição face à necessidade de cumprir determinado tipo de regime terapêutico, o que se torna impreterivelmente necessário nesta relação terapêutica cujos resultados esperados, serão a pessoa com respostas promotoras aos processos de gestão do regime terapêutico. Os métodos de investigação qualitativa têm por base as crenças, numa abordagem holística das pessoas que orientam o processo de investigação, é utilizado para dar resposta a questões relacionadas com situações que ocorrem espontaneamente e que não necessitam de nenhuma forma de controlo, assim como, encaminham habitualmente os investigadores no trabalho de campo, uma vez que este é experimentado de maneiras muito particulares e únicas, ou seja, numa perspectiva de espaço vivido. (Latimer 2003)

REFLEXÕES FINAIS

As reflexões que constituem este artigo, integram um vasto leque de conhecimentos numa perspetiva transdisciplinar. No entanto, mobilizamos essencialmente os contributos da disciplina de enfermagem, no âmbito da área específica do conhecimento em geriatria, desenvolvendo a importância das intervenções de enfermagem na temática do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doença cardiovascular.

Como forma de sistematizarmos o que partilhamos neste artigo, mobilizamos um autor que trabalhou estas questões das competências dos enfermeiros em cuidados geriátricos (Costa, 2002), “O trabalho geriátrico dos enfermeiros, é portador de um conjunto de desafios epistemológicos que atravessam a construção da competência, pela imprevisibilidade, percurso individual de cada enfermeiro, na dimensão do sujeito, no recurso ao sentido do outro, experiência vivenciada singular e irrepetível, pela dimensão ética”. Podemos contemplar que a visibilidade destes cuidados, segundo o mesmo autor, (Costa, 2002) prende-se *“no modo de cada profissional ser enfermeiro; de construir a profissão; na qualidade intrínseca de devolver ao utente idoso a validação do acto de enfermagem.”*

A importância de refletirmos sobre as nossas intervenções face aos processos de cuidados desenvolvidos na prática clínica com os idosos, promove uma prática reflexiva onde a realidade poderá ser reinventada a todo o momento face à pessoa com que interagimos. Esta complexidade na construção da competência, deve estar presente ao longo da nossa vida enquanto enfermeiros. É com os processos de cuidados que desenvolvemos que podemos produzir e teorizar o conhecimento, tendo por base a singularidade e unicidade de cada pessoa.

No estudo de Costa (2002), encontramos um relato de uma enfermeira, que pensamos espelhar aquilo que os enfermeiros devem valorizar na construção da competência e que segundo o autor integra na *“área implicativa/intrínseca ao enfermeiro, ou seja, área cuja visibilidade é intrínseca ao actor dos cuidados e se centra no seu*

compromisso social” (Costa, 2002). O relato elucida os medos de uma enfermeira com pouca experiência, que fica responsável por um grupo de doentes idosos e no sentido de cumprir tudo o que tinha determinado para o turno da tarde, utilizou uma estratégia de registo em suporte de papel com três colunas, que passamos a ilustrar:

Quadro nº 3 – Ilustração de um plano de trabalho de um turno da tarde de enfermagem

O que devo fazer para que os doentes não morram	O que devo fazer para cumprir as prescrições médicas	O que devo fazer para ser enfermeira
Registo de tudo o que dependia dos tratamentos: medicação, soros, sangues, drenagens, débito de O ₂ ...	Registo de sinais vitais, dietas, registos...	Registo do suporte das NHB, cuidados de conforto antes de dormir, falar com os doentes, falar com as famílias...

Segundo este relato, a enfermeira refere que não chegou ao 3º ponto, refletindo sobre o que é ser enfermeira, sabe que o que fez é enfermagem, mas segundo a mesma faltou-lhe uma parte, ou seja, as intervenções que ela própria deve prescrever. (Costa, 2002). Integrando nesta dimensão o conceito de profissionalidade, pela autonomia, criatividade e perspetiva colaborativa, mas com responsabilidade e liberdade que os enfermeiros devem implementar, sendo que para isso, uma prática baseada na evidência, lhes permite integrar conhecimento na área específica dos saberes em enfermagem, desenvolvendo competências profissionais que promovem a qualidade nos processos de cuidados. (Amendoeira, 2008)

Neste âmbito, a reflexividade que os enfermeiros devem desenvolver nos processos de cuidados com as pessoas, promove a capacidade para mobilizar essas competências em situações que são sempre singulares, mas que lhes permite pela transferabilidade desses saberes, serem profissionais mais competentes em novas situações. Segundo Amendoeira (2008, p.225), *“o que promove cada vez mais a importância de as respostas às necessidades de saúde das pessoas serem dadas, em princípio, pelo profissional melhor qualificado para o fazer.”* Também este autor, reflete ainda que estas competências, só serão integradas pelos profissionais de saúde, inclusivé os enfermeiros, quando existir entre os saberes abstratos (mais teóricos) e os saberes contextuais mobilizados, uma simbiose, pela necessidade constante de ambos se complementarem e refletirem sobre os mesmos e por conseguinte, novos estudos de investigação que produzam mais resultados para uma prática baseada na evidência, que contribuirá para uma visibilidade das funções diagnóstica e de prescrição de intervenções de enfermagem, pelos próprios, pelos outros profissionais de saúde e até pela pessoa. (Amendoeira, 2008)

Terminamos com uma reflexão que traduz aquilo que são os processos vividos por cada um de nós: *“a maior parte de nós é apenas uma personagem, embora haja razões de peso a favor dessa singularidade. A tendência para o controlo unificado prevalece ao longo da história do nosso desenvolvimento, talvez porque um organismo singular exija que haja um si singular para que a missão de conservação da vida seja realizada com êxito.”* (Damásio, 2000, p. 260)

BIBLIOGRAFIA

- Amendoeira et al. 2003. Os Instrumentos Básicos na Construção da Disciplina de Enfermagem. Expressões e Significados. Santarém. 241pp.
- Amendoeira, José. 2006. Enfermagem, disciplina do conhecimento, Revista Sinais Vitais. Julho.
- Amendoeira, José. 2006. Uma Biografia Partilhada da Enfermagem. A Segunda Metade do Século XX. Formasau - Formação e Saúde, Lda. Coimbra. 485pp.
- Amendoeira, José. 2008. Profissões e Estado: o conhecimento profissional em enfermagem. 209-240pp. In: Lima, Jorge Ávila. Pereira, Hélder Rocha. Políticas Públicas e Conhecimento Profissional a Educação e a Enfermagem em reestruturação. Edição Livpsic/Legis Editora. Porto.
- Amendoeira, José. Da Necessidade de Protecção à Confiança nos Profissionais de Saúde. In Confiança e Laço Social (org.). Edições Colibri/CEOS. Lisboa. 2006. p. 229-237.
- Baird, Kristy Keaton. Pierce, Linda L. 2001. Adherence to cardiac therapy for men with Coronary Artery Disease. Practice Management. Rehabilitation Nursing. Vol.26. nº6. Nov/Dec. 233-243pp.
- Ben-Arye, Eran et al. 2007. Promoting Lifestyle Self-Awareness Among the Medical Team by the Use of an Integrated Teaching Approach: A Primary Care Experience. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. Mary Ann Liebert, Inc. Vol.13. Nº 4. Israel. 461-469pp.
- Benner, Patricia. De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Quarteto Editora. Coimbra. 2001. ISBN: 972-8535-97-X. 295p.
- Bevis, Olívia. Watson, Jean. 2005. Rumo a um Curriculum: Uma Nova Pedagogia para a Enfermagem. Lusociência. Loures. 443pp.
- Blanski, Clóris Regina Klas. Lenardt, Maria Helena. 2005. A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. Ver. Gaúcha Enfermagem. 26(2), Agosto. Porto Alegre. 180-188pp.
- Bogdan, Robert. Biklen, Sari. 1994. Investigação Qualitativa em Educação. Uma Introdução à Teoria e aos Métodos. Porto Editora, Lda. Porto. 335.
- Bogdan, Roberto C. Biklen, Sari Knopp. 1994. Investigação Qualitativa Em Educação: Uma Introdução À Teoria E Aos Métodos. Porto Editora, Lda. Porto. 335pp.
- Boterf, Guy. Avaliar a competência de um profissional. Três dimensões a explorar. In Pessoal Reflexão RH. Junho 2006. p. 60-63.
- Brunton, Stepfhan A. 2011. Improving Medication Adherence in Chronic Disease Management. Supplement to The Journal of Family Practice. Vol. 60. Nº4. S1-S8pp.
- Caria, Telmo, H. 2002. Experiência Etnográfica em Ciências Sociais. Edições Afrontamento. Porto. 183pp.
- Caria, Telmo, H. 2002. Experiência Etnográfica em Ciências Sociais. Edições Afrontamento. Porto. 183pp.
- Carper, B. A. 1997. Fundamental Partners of Knowing. 247-256pp. In: Nicoll, Leslie H. Perspectives on Nursing Theory. Third edition. Philadelphia: Lippincott. Library of Congress.

- Castro-Caldas, Alexandre. Mendonça, Alexandre. 2005. A Doença de Alzheimer e Outras Demências em Portugal. LIDEL, Edições Técnicas, Lda. Lisboa. 250pp.
- Costa, Maria Arminda Mendes. Cuidar de Idosos. Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros. Formasau, Formação e Saúde, Lda e Educa. Lisboa. 2002. ISBN: 972-8485-24-7. 327p.
- Craig, Jean V. Smyth, Rosalind L. 2004. Prática Baseada na Evidência, Manual para Enfermeiros. Lusociência. Loures. 309pp.
- Damásio, António. 2000. O Sentimento De Si: O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência. 4ª ed. Publicações Europa-América, Lda. Portugal. 426pp.
- DeSimone, M. Elayne. Crowe, Amanda. 2009. Nonpharmacological approaches in management of hypertension. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. Blackwell Publishing Ltd. 21. 189-196pp.
- Flick, Uwe. 2005. Métodos Qualitativos na Investigação Científica. 1ª edição. Monitor, Lda. Lisboa. 305pp.
- Fortin, Marie-Fabienne. Côté, José. Fillion, Françoise. 2009. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidacta. Loures. 595pp.
- George, Julia B. 1995. Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos à Prática Profissional. 4ª ed. Editora Artes Médicas Sul LTDA. Brasil. 225-240pp.
- Goldstein, Perry C. 2006. Impact of Disease Management Programs on Hospital and Community Nursing Practice. Nursing Economic. Vol. 24. Nº 6. Nov/Dez. 308/314.
- Henriques, Maria Adriana Pereira. 2006. Adesão ao regime terapêutico em idosos. Revisão sistemática (2004-2006). Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa. 50p.
- Ingersoll, Karen S. Cohen, Jessye. 2008. The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: a review of literature. J. Behavior Medicine. Springer Science+Business Média, LLC. 31. 213-224pp.
- Latimer, Joanna. 2005. Investigação Qualitativa Avançada Para Enfermagem. 1ª ed. Instituto Piaget. Lisboa. 261pp.
- Le Boterf, Guy. De La Compétence; Essai sur un attracteur étrange. Les Éditions D'Organization. Paris. 1995. ISBN: 2-7081-1753-X. 175p.
- Lee, Angel Chu Kee et al. 2009. Predictors of poststroke quality of life in older Chinese adults. Journal of Advanced Nursing. Journal compilation. Backwell Publishing Ltd. 554-564pp.
- Leite, Silvana Nair. Vasconcellos, Maria da Penha Costa. 2003. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciências & Saúde Coletiva. Brasil. Vol. 8. 775-782pp.
- Lopes, Manuel José. 1999. Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns Dados e Implicações. Gráfica 2000. 216pp.
- Meleis, A.I., and P.A. Trangenstein. Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. Nursing Outlook 42. 1994. 255-259pp.
- Neuman, Betty. 1995. The Neuman Systems Model. Third Edition. Library of Congress. USA. 732pp.
- Nieuwenhuijsen, Els R. et al. 2006. Health behavior change models and theories: Contributions to rehabilitation. Disability and Rehabilitation. Taylor & Francis. 28(5). March. 245-256pp.

Ordem dos Enfermeiros. Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Edição Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2003. 24p.

Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Edição Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2001. 16p.

Organização Mundial de Saúde. 2003. "Adherence to long-term therapies evidence for action." Available: http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf [Data da visita: 05/31/06].

Ownby, R. L. et al. 2006. Factors related to medication adherence in memory disorder clinic patients. *Aging & Mental Health*. Routledge. 378-385pp.

Pascucci, Ann Mary et al. 2010. Situational Challenges That Impact Health Adherence In Vulnerable Populations. *Journal of Cultural Diversity*. Vol. 17. Nº1. 4-12pp.

Poirier, Paul et al. 2006. Predictors of compliance with medical recommendation regarding pharmacological and nonpharmacological approaches in patient with cardiovascular disease. *Clinical and Investigative Medicine*. Vol. 29. Nº2. 91-103pp.

Saragoila, Maria de Fátima Lemos Branco. Ser Enfermeiro com as Pessoas Perspectivas de Enfermagem em Enfermeiros Recém-Licenciados. Porto: Universidade do Porto. Instituto De Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2007. 138p. Dissertação de Mestrado.

Shih, Shaw-Nin et al. 2005. Health Needs Instrument for hospitalized single-living Taiwanese elders with heart disease: triangulation research design. *Care of Older People*, *Journal of Clinical Nursing*. 14. Blackwell Publishing Ltd. 1210-1222pp.

Silva, Augusto Santos. Pinto, José Madureira. 2005. Metodologia Das Ciências Sociais. 13ª ed. Edições Afrontamento. Porto. 323pp.

Silva, Mário João Ribeiro. 2010. O ser humano e a adesão ao regime terapêutico. Um olhar sistémico sobre o fenómeno. Formasau. Coimbra. 161pp.

Streubert, Helen J. Carpenter, Dona R. 2002. Investigação Qualitativa Em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista. 2ª ed. Lusociência. Loures. 381pp.

Thompson, David R. et al. 2011. Motivational interviewing: a useful approach to improving cardiovascular health? *Journal of Clinical Nursing*. Blackwell Publishing Ltd. 20. 1236-1244pp.

Tomey, Ann Marriner. Alligood, Martha Raile. 2004. Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ª ed. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures. ISBN: 972-8383-74-6. p. 750.

Williams, Allison. Manias, Elizabeth. Walker, Rowan. 2008. Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review. *Journal Advanced Nursing*. Journal compilation. Blackwell Publishing Ltd. 132-143pp.

Washburn, Susan C. Hornberger, Cyntia A. 2008. Nurse Educator Guidelines for the Management of Heart Failure. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. Junho. Vol. 39. Nº 6. Kansas. 263-267pp.

http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/index.html

http://www.who.int/cardiovascular_diseases/region/en/

http://static.publico.pt/docs/pesoamedida/DGS_Programa_Nacional_Intervencao_Integrada_Determinantes_Saude_Relacionados_Estilos_Vida_2003.pdf

OS CONTRIBUTOS DO MÉTODO ETNOGRÁFICO NA CONSTRUÇÃO DE UMA TEORIA PRESCRITIVA EM ENFERMAGEM

Mário Silva¹ & José Amendoeira²

¹Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém

²Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém. Membro da UIIPS. Investigador colaborador no CIEQV. Investigador integrado no CIIS/UCP

RESUMO

O método etnográfico e o uso de técnicas de colheita de dados de natureza qualitativa foram explorados teórica e metodologicamente na produção de resultados que suportem a proposta de uma teoria prescritiva em enfermagem promotora do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular.

Objetivo: Demonstrar a importância do método e das técnicas de colheita de dados no desenho de um estudo de natureza etnográfica;

Metodologia: Mobiliza o método etnográfico com recurso às técnicas de colheita de dados, *Narrativa de Ação*, *Focus Group*, *Observação Participante* e *entrevista semi-dirigida*.

Resultados: Identificam-se quatro eixos sobre a importância do método e das técnicas de colheita de dados. Relevam-se dois conceitos: autocuidado e *transições* que sustentam teoricamente os resultados. A teorização demonstra alguns resultados do estudo centrados nos conceitos enunciados.

Conclusão: Na teoria os pressupostos emergem quer 1 – ***dos resultados relacionados com as intervenções de enfermagem realizadas***, quer do que as pessoas com doença cardiovascular 2 – ***valorizam durante o processo de cuidados e percebem como boas práticas de enfermagem*** que as ajudam a sentir-se mais capacitadas para gerir os diferentes regimes terapêuticos.

Palavras-Chave: Autocuidado; Transição; Método Etnográfico; Narrativa; Focus group; Observação participante.

ABSTRACT

Ethnography and the use of qualitative data collection techniques were explored theoretically and methodologically in producing results that support the proposal of a prescriptive theory in promoting nursing self-care management regimens in people with cardiovascular disease.

Objectives: To demonstrate the importance of the method and data collection techniques in the design of a study of ethnographic nature;

Methodology: It mobilizes the ethnographic method with use of data collection techniques, Action Narrative, Focus Group, participant observation and semi-structured interview.

Results: They identify four areas on the importance of the method and data collection techniques. -Up fall under two concepts: self-care and transitions in theory support the results. The theory demonstrates some study results focused on concepts set out.

Conclusion: In theory assumptions emerge want **1 - the results related to nursing interventions**, or than people with cardiovascular disease **2 - value during the process of care and perceive as good nursing practices** that help them feel better able to manage the different therapeutic regimens.

Keywords: Self-care; transitions; Ethnographic method; Narrative; Focus groups; Participant observation;

INTRODUÇÃO

A importância da análise na construção de sentidos dinâmicos face aos fenômenos em estudo emerge como uma das principais características dos estudos de investigação qualitativa. A mobilização do método etnográfico e as técnicas de colheita de dados selecionadas permitem identificar e caracterizar as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doença cardiovascular e posteriormente, identificar a percepção das pessoas em relação aos resultados dessas intervenções. (1)

Neste âmbito releva o conceito de “Autocuidado numa perspetiva de compreender a pessoa como saudável, com consciência da complexidade dos fatores que podem influenciar estas exigências de ações para manter a sua saúde e o seu bem-estar. É um

conceito central pelas dimensões que apresenta da pessoa e do que os enfermeiros devem integrar no sentido da sua promoção. (2)

Na atualidade o conceito de transição assume relevada importância na consolidação do estatuto da enfermagem na abordagem às pessoas que vivem processos de transição que integrem uma doença, pois ao longo do seu ciclo vital vão experienciando transições de vários níveis: desenvolvimentais, situacionais ou de saúde-doença. Neste sentido importa compreender a pessoa e a forma como experiencia essa transição tendo como objetivo ajudá-la.

No entanto e tendo como fio condutor a pessoa com doença cardiovascular e a sua capacitação quanto à tomada de decisão para gerir melhor os seus regimes terapêuticos, tanto farmacológicos como não farmacológicos, este conceito pode ser enfatizado. Considera-se um resultado quando ocorre na sua essência a capacitação da pessoa e implicitamente haverá um processo de transição. Não se considera que ocorra transição apenas porque a pessoa viveu uma mudança esporádica, mas sim quando ocorra uma integração dessa mudança com repercussões na vida da pessoa. É neste processo que a enfermagem poderá intervir, ou seja, ajudar a pessoa no processo de transição, na passagem de um estado, condição ou lugar tendo por premissa o seu bem-estar. (3)

Ao mobilizar o método etnográfico num estudo desta natureza e pelas suas características, o investigador desenvolve competências que permitem operacionalizar e perspetivar desde logo todas as técnicas de colheita de dados que planeia aplicar tendo em conta os objetivos e a finalidade do estudo. Importa constatar que as técnicas de colheita de dados selecionadas mostram-se congruentes com este método, ou seja, tanto as narrativas de ação, como o Focus Group, a observação participante e a entrevista têm no seu amago a necessidade do investigador ingressar no campo durante períodos distintos.

Considerando a dimensão do cuidado de enfermagem centrado na pessoa com doença cardiovascular, relevamos como objetivos: Identificar as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado - gestão dos regimes terapêuticos; Identificar boas práticas de enfermagem referidas pela pessoa; Caracterizar as intervenções de enfermagem promotoras de processos de tomada de decisão que capacitam a pessoa na gestão dos diferentes regimes terapêuticos.

REFLEXÃO TEÓRICO-PRÁTICA DA UTILIZAÇÃO DO MÉTODO ETNOGRÁFICO NUM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Considerando a investigação interpretativa e as suas características releva para fundamentar a decisão sobre o uso do método etnográfico, referir que este método sustenta todo o processo de investigação, tendo em conta a finalidade. Além disso, o desenho do estudo está estruturado para compreender na ação como é que os enfermeiros intervêm face ao fenómeno em estudo, assim como compreender o que as pessoas valorizam nas intervenções de enfermagem. É na proximidade com a população que pode identificar estas dimensões e compreender a pessoa no seu quotidiano, onde as questões da gestão dos diferentes regimes terapêuticos se encontram implícitas. Apresentamos o desenho do estudo:

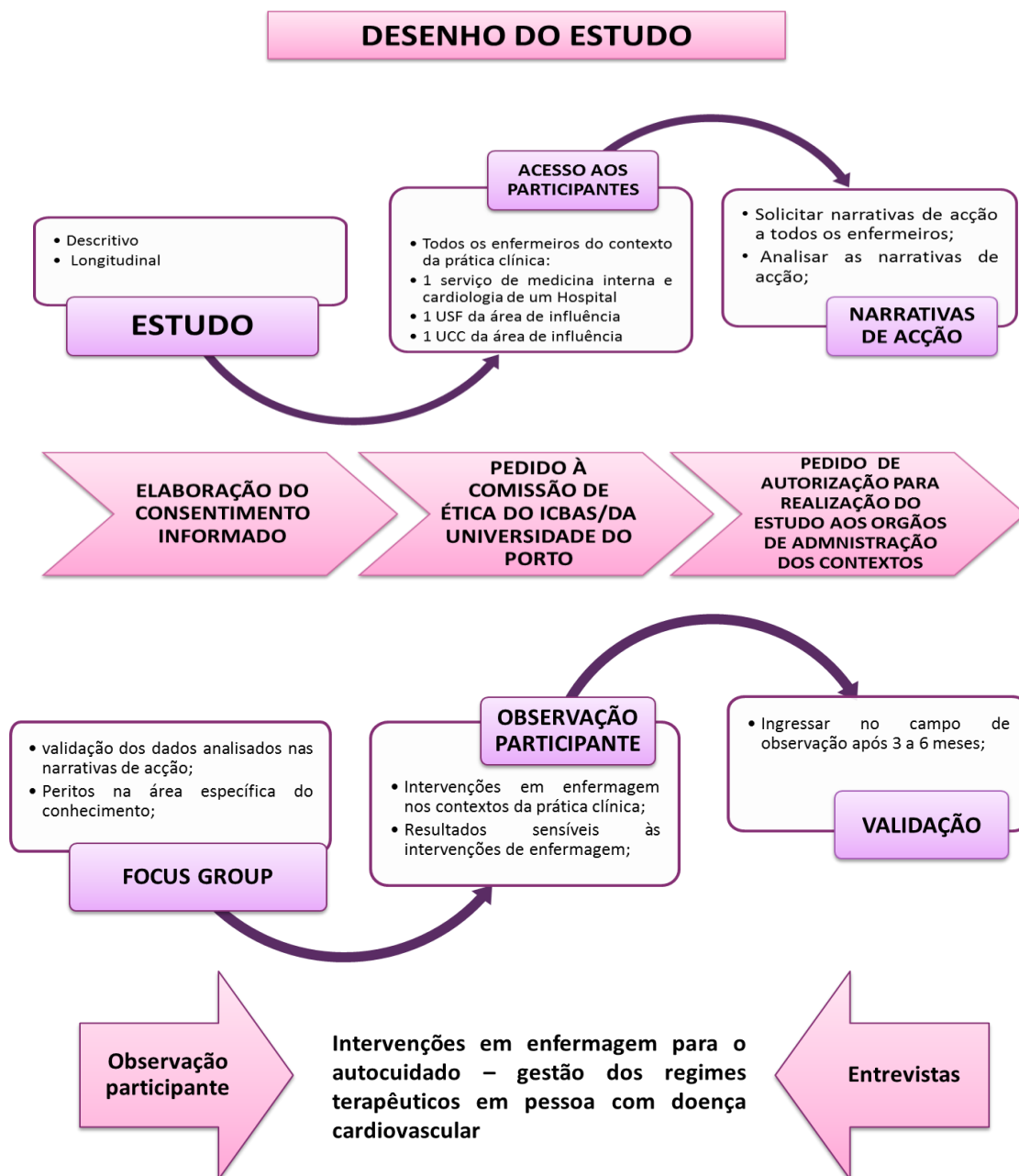


Figura nº 1 – Desenho do estudo de investigação

Porquê o método etnográfico para um estudo desta natureza? Para compreender o percurso metodológico, elencamos as características de natureza teórica e de que forma estas se operacionalizam numa perspetiva de integração das mesmas enquanto competências adquiridas, que fazem sentido no percurso que se desenvolve no âmbito da investigação e do conhecimento em enfermagem. A função dos contextos em que ocorrem as interações e a evidência empírica da sua importância para os participantes é essencial para a compreensão da etnografia enquanto método. A etnometodologia permite a captação do “como” de uma realidade social, tendo em conta o contexto em que a mesma se desenvolve quanto ao processo desenvolvido face às situações internas ou externas. Investiga assim, como é que as pessoas constroem a realidade social nos processos de interação. (4,6)

O recurso à metodologia etnográfica nos contextos e com os participantes capazes de melhor produzirem os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, permite compreender no processo de cuidados, a singularidade que caracterizam as intervenções de enfermagem. A etnografia é a aprendizagem com as pessoas, uma preocupação na compreensão dos significados que as ações ou os acontecimentos têm nas pessoas. A exigência por parte do investigador da inclusão tanto da descrição do comportamento como da justificação e as circunstâncias em que o mesmo ocorre, também é uma das dimensões relevantes na etnografia. (5) A etnografia é um processo sistemático de observação, descrição, documentação e análise dos modos de vida ou das tendências singulares de uma cultura ou subcultura. As observações das experiências e comportamentos que ocorrem em contextos culturais e ambientes definidos. (6)

O **contexto natural** é a fonte primordial de colheita de dados. Centramo-nos no objeto de estudo da disciplina de enfermagem: as respostas humanas aos processos de saúde/doença e temos como finalidade do estudo – desenvolver uma teoria prescritiva de intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular. Consideramos que o contexto natural permite colher os dados nas diferentes fases do estudo, através das narrativas de ação, da realização do focus group, da observação participante e da validação dos dados colhidos com os sujeitos de cuidados que integraram o estudo. Esta

proximidade aos contextos constitui-se de extrema importância, no sentido de apreender o fenómeno de forma natural, sem interferências exteriores. (1)

O contexto natural passou por um serviço de Medicina, outro de Cardiologia de dois hospitais pertencentes ao mesmo Centro Hospitalar, uma Unidade de Saúde Familiar e uma Unidade de Cuidados na Comunidade da mesma área de influência; quanto ao focus group foi realizado numa Escola Superior de Saúde, com participantes que exerciam funções enquanto enfermeiros em hospitais, unidades de saúde familiar, unidades de cuidados continuados, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e na Direção Geral de Saúde; a observação participante integra todos estes momentos, pela necessidade do investigador ingressar no campo. No entanto, tendo por base a terceira fase do estudo, ou seja a observação de momentos de interação entre os enfermeiros e as pessoas nos contextos da prática clínica referenciados anteriormente, ingressa novamente no campo, sendo portanto o período de observação mais longo. Por último, mas na complementaridade da fase de colheita de dados, ou seja a validação dos dados colhidos com as pessoas, sujeitos de cuidados, o contexto de investigação deslocou-se para as suas próprias casas, e nalgumas situações em pontos de encontro sugeridos pelos próprios (cafés, Unidade de Saúde Familiar, jardins públicos).

O investigador como o principal instrumento do processo, assumiu relevância para que a compreensão dos fenómenos fosse mais integradora quando observados no contexto em que ocorrem, tendo como principal preocupação nunca perder de vista as ações, palavras ou gestos face ao seu significado. (7) O investigador como instrumento do processo de investigação traz contributos, além de ter a mesma formação de um dos grupos participantes, esta dimensão é crucial para que haja compreensão dos fenómenos no seu todo, forma, conteúdo e descrição. Ingressar no terreno desde o início, numa relação próxima com os participantes com oportunidade de realizar reuniões de preparação prévia nos diferentes contextos da prática clínica foi crucial no desenvolvimento do estudo a realizar. Um aspeto importante nesta questão é que se relaciona com uma das fases do estudo - a observação participante, é a consciência explícita com que o investigador deve estar nos momentos em que se encontra a realizar a investigação, pois o seu olhar não pode ser igual ao das outras pessoas. (8)

Estar em todos os momentos da colheita de dados e em todos os contextos onde esta se desenvolve permite ter uma perspetiva da realidade e do que está a ser descrito, sendo a observação toda ela mais integradora e compreensivista do fenómeno em

estudo. Além disso, num estudo em que existem várias fases de colheita de dados, desde o início que se torna crucial a integração do investigador no campo de investigação, só desta forma pode compreender o fenómeno a investigar.

De salientar o ingresso no campo de investigação após as devidas autorizações quer da administração do Centro Hospitalar Centro Sul, quer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

A oportunidade que se tem em ingressar no campo de investigação também é uma dimensão que o método etnográfico contempla na sua raiz teórica, só ingressando no ambiente onde decorre a ação, quer pela proximidade, quer pelo compromisso assumido anteriormente, influencia os enfermeiros na elaboração das narrativas. Alguns valorizam mesmo que se não fosse assim, ou se esqueciam, ou surgiam outras tarefas e esta passava para segundo plano e provavelmente nunca fariam chegar a narrativa, apesar dos alertas e de terem os contactos quer telefónico, quer email.

Por outro lado este tempo que permanecemos nos contextos permitiu uma maior proximidade com as equipas, o que se tornou num aspeto facilitador para todo o percurso metodológico ainda a concretizar. Também permitiu criar uma relação de confiança com alguns dos participantes, sendo estes o elo de ligação com a restante equipa, o que facilitou a imersão no campo. Os métodos de investigação qualitativa têm por base as crenças, numa abordagem holística das pessoas que orientam o processo de investigação, encaminham habitualmente os investigadores no trabalho de campo, uma vez que este é experimentado de maneiras muito particulares e únicas, ou seja, numa perspetiva de espaço vivido. (1,9)

O facto de **ser descritiva** também surge como uma característica na investigação qualitativa, os dados em forma de palavras ou imagens, a análise é com base em todos os dados e no seu conteúdo, respeitando a forma como foram registados ou transcritos. Desde o primeiro momento em que o investigador entra em campo para iniciar e operacionalizar a investigação e mobilizar as várias técnicas de colheita de dados no sentido de dar resposta aos objetivos do estudo, sempre em sintonia com o seu desenho, emerge a necessidade de criar um registo descritivo.

Optámos pela utilização da narrativa de ação sobre as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular, considerando-se esta característica como fundamental, na identificação do contexto de narração. Após a leitura flutuante das narrativas e feita a

codificação das mesmas, procedeu-se à análise, através do programa informático NVIVO 10. Este programa permite criar categorias e dimensões relevantes para construção e planeamento da sessão Focus Group. Também desoculta algumas dimensões que contribuem para a construção do guião de observação participante.

A importância do processo descritivo releva-se da experiência do investigador na forma como descreve todos os dados, no sentido de não ocultar, nem omitir qualquer tipo de informação. A investigação científica como um processo racional com o objetivo de adquirir conhecimentos, reporta-se para as questões das mudanças sociais constantes e céleres, cuja consequência se traduz numa diversidade dos universos de vida, que implicam face à investigação científica novos contextos sociais e novas perspetivas. (4)

O processo e os resultados constituem-se como o percurso cujo objetivo é compreender nos enfermeiros e de acordo com a sua prática clínica, o que consideram como intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular. Pela análise integrámos essas intervenções como domínios de uma dimensão analítica mais ampla que considerámos agrupada em temas. Para validar os dados realiza-se uma sessão de focus group, uma estrutura organizada de uma sessão em grupo, com enfermeiros das várias áreas, prestação de cuidados, gestão, formação e investigação enquanto peritos nesta área do conhecimento, liderada habitualmente por alguém que reúna as condições, neste caso o investigador, numa dimensão informal, com o objetivo de colher informações centradas no resultado da análise das narrativas e tendo como objetivo a elaboração de um guião de observação participante a realizar nos vários contextos de ação. (7)

Contatados os participantes selecionados via telefone, enviado via email um documento orientador com o tema em estudo, a finalidade e os objetivos, as regras, o tempo previsível, as funções do moderador relativamente ao formato da sessão Focus Group e no final o consentimento informado que os participantes deveriam trazer assinado no dia da sessão. (8)

A organização da sessão foi orientada para o número ideal de participantes, devendo situar-se entre os nove (9) e os doze (12). Constitui-se relevante que ficassem visíveis por todo o grupo, com a identificação (nome e função) em frente de cada participante, para que todos se conheçam. Toda a sessão é organizada de acordo com estas dimensões, inclusive o cuidado de colocar na porta da sala uma chamada de atenção no

sentido de não haver perturbações durante o período da sessão. Para a moderação foram elencadas quatro questões estímulo, ***Considerando o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doença cardiovascular, que intervenções de enfermagem mobilizam na avaliação das pessoas? Em continuidade que importância atribuem ao planeamento dos cuidados? Quais as intervenções de enfermagem que consideram ser promotoras do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular? Que importância atribuem à avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem?*** Foi lançada à discussão de forma sequencial e às quais os participantes respondem de forma livre e sem nenhuma ordem específica entre si, fluindo o diálogo sem atropelos ou sobreposições. (8)

A observação participante, outra técnica de colheita de dados utilizada, permite colher os dados, ou seja, as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado – gestão dos diferentes regimes terapêuticos que são implementadas durante a interação dos enfermeiros com as pessoas com doença cardiovascular e concomitantemente, identificar as pessoas, sujeitos de cuidados. Durante a observação explica-se os objetivos do estudo e solicita-se a assinatura do consentimento informado. Envereda pela observação participante do tipo passiva, porque está presente em todas as situações e momentos de observação, mas não interage nos processos de cuidados. (5)

Considera que as intervenções terão uma perspetiva multiforme do saber, tendo em conta aquilo que os enfermeiros descrevem como intervenções de enfermagem, a validação daquilo que descrevem por outros enfermeiros, as intervenções observadas, e aquilo que as pessoas com doença cardiovascular valorizam como intervenções de enfermagem. Neste âmbito com o desenvolvimento da análise de forma indutiva, os significados assumem extrema importância pela preocupação com as perspetivas dos participantes e com o propósito de dar sentido à dinâmica interna dos fenómenos. (1)

Para verificação e validação dos resultados das intervenções de enfermagem junto das pessoas que fazem parte dos processos de cuidados, desenvolvemos uma entrevista que foi aplicada às pessoas após três (3) a seis (6) meses. A referida entrevista integrou os quatro domínios: ***Razão/Natureza do cuidado (porque é que os enfermeiros intervêm); Instrumentos do cuidado (o que suporta o cuidado); Cuidado em si mesmo (como se desenvolve o cuidado); Resultados do cuidado (o que se pretende com o cuidado?)***; em cada domínio organiza-se em torno de um conjunto de questões com uma escala de likert de quatro níveis: ***nada importante; importante; muito importante e não***

sabe/não responde; com a oportunidade de *justificação de resposta*, para compreender o que as pessoas valorizam nos cuidados de enfermagem. Tendo em conta o método utilizado e a forma como o investigador está no processo, esta entrevista é um guia orientador.

Ainda em relação ao método etnográfico e às características do investigador, salientamos que ao longo do percurso, quando realizamos a validação dos dados com as pessoas participantes do estudo, emerge como crucial até na construção da relação investigador/participante, o fato de poder sentir-se “outsider” ou “insider” e que facilita ou dificulta o processo. Esta situação foi constatada após os momentos de validação dos dados, ao sentir que as pessoas demonstravam disponibilidade para o investigador entrar nas suas casas, poder conversar na sua sala, oferecerem uma água ou um chá, apanhar umas uvas da sua parreira e oferecer, considerando-se a perspetiva do investigador como “insider” e facilitando todo o processo. Além do trabalho e da aprendizagem ao longo de todo o percurso, também estas dimensões da relação e do afeto, são e fazem parte daquilo que teoricamente o método etnográfico refere. (4,6)

A finalidade é desenvolver uma teoria prescritiva que permita sistematizar nos processos de cuidados em pessoas com doença cardiovascular, as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado – gestão dos diferentes regimes terapêuticos que se traduzem em resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. A teoria anuncia o desenvolvimento de um conjunto de categorias, com uma inter-relação sistematizada que proporciona as explicações das relações possíveis de formarem um corpo teórico, face aos fenómenos sociais, psicológicos, educacionais, de enfermagem e outros, tendo por base questões como, quem, o quê, quando, porquê e com que frequência esses fenómenos acontecem. (10)

A mobilização do método etnográfico e das técnicas de colheita de dados selecionadas bem como pela perspetiva multiforme do saber, conforme referenciada anteriormente, permitem uma produção rica de dados cuja análise do fenómeno em estudo torna possível enunciar um conjunto de pressupostos que se inter-relacionam com os conceitos encontrados e explicados. O movimento indutivo proporciona a teorização da realidade do fenómeno, neste caso, compreender o que os enfermeiros fazem e porque o fazem, assim como perceber o que as pessoas valorizam a partir do que os enfermeiros fazem. A perspetiva holárquica do conhecimento em enfermagem sustenta esta reflexão teórica, numa classificação dos seus componentes do mais abstrato,

(metaparadigma) para o mais concreto (indicadores empíricos), identificando-se ainda numa ordem bidirecional, as filosofias, os modelos conceptuais, as teorias e os indicadores empíricos. De acordo com (Fawcett, 2005)¹¹ considera que uma teoria prescritiva resulta de um movimento entre os indicadores empíricos e as teorias. Nesta dimensão pretendemos teorizar sobre as questões acima referenciadas as quais a autora também enuncia como cruciais no desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. (11)

CONCLUSÕES

Para poder conhecer uma realidade singular, neste caso no âmbito da disciplina de enfermagem, cujo conhecimento está em constante mutação e desenvolvimento, este tipo de metodologia promove a proximidade com os contextos da prática clínica onde o investigador se move, conhece e é conhecido. (4) A consciencialização face aos fenómenos que se constituem como emergentes para investigar, o envolvimento dos parceiros na investigação, considerando estes como os pares, tanto enfermeiros como outros grupos profissionais, e investigar a partir da ação e da razão para a ação, procurando respostas centradas quer nos enfermeiros, quer nos sujeitos de cuidados e no desenvolvimento do conhecimento científico em enfermagem, são dimensões de crucial importância. Assistimos assim à ênfase nos processos de transferibilidade para os contextos onde a ação ocorre e onde os resultados terão que fazer parte de uma prática de enfermagem baseada em evidência. (4,11)

Consideramos que esta teoria tem sustentação porque é transversal ao processo de cuidados em enfermagem, uma vez que todo o percurso demonstra quer a avaliação por parte dos enfermeiros e os cuidados realizados, assim como as respostas das pessoas face ao processo de saúde/doença que vivenciam, em termos de capacitação para gerir melhor este mesmo processo, também numa perspetiva de transição. Pode afirmar-se que o conceito de autocuidado emerge ao longo deste processo. (2) Também as pessoas que no seu dia-a-dia integram e mobilizam as competências adquiridas, que tomam decisões de acordo com os conhecimentos adquiridos e que os tornam em hábitos de vida saudáveis, pelo que a enfermagem ajuda as pessoas nos processos de transição, neste caso nos processos de saúde/doença. Pode afirmar-se que o conceito de transição situacional emerge ao longo deste processo. (3).

Releva-se essencialmente quatro grandes eixos em termos de aprendizagem em investigação na perspetiva de poder partilhar e divulgar uma experiência vivida.

O primeiro a tomada de decisão em selecionar o método de investigação mais apropriado ao estudo. Uma etapa de extrema importância que não deve ser restritiva para o investigador, mas que será essencial para que o processo de investigação não seja comprometido. (4,6)

O segundo prende-se com as técnicas de colheita de dados. Tomada de decisão que não pode ser centrada na carga de trabalho, mas sim valorizando a relação entre o método, os objetivos e a finalidade do estudo. O rigor com que desenvolvemos esta etapa assegura a qualidade de todo o processo de investigação. Importa reforçar que ao longo do percurso metodológico garantimos sempre o rigor na construção e na forma como aplicamos e esses instrumentos e analisamos os dados produzidos por estes. (4-6)

O terceiro eixo emerge da dimensão teórica em que o estudo é sustentado. A importância da centralidade da pessoa no processo de cuidados e de que forma é que esta dimensão influencia toda a investigação, ou seja, para teorizar a compreensão sobre o que os enfermeiros fazem para capacitar as pessoas com doença cardiovascular na gestão dos diferentes regimes terapêuticos e o que as pessoas valorizam e integram daquilo que os enfermeiros fazem com elas, salienta-se a importância da via indutiva que permite fazer emergir dos resultados, a construção de uma teoria prescritiva com pressupostos e proposições próprios, sustentados teoricamente na razão para a ação em enfermagem à luz do modelo concetual de Orem (1995) e no resultado da ação da enfermagem na teoria de Meleis (1991).

O último eixo centra-se no contributo do método na construção de uma teoria prescritiva, enquanto resultado de um estudo de investigação. Todo o percurso metodológico promove a natureza dos dados e a forma de os colher, na compreensão do fenómeno em estudo numa perspetiva longitudinal no que diz respeito ao processo de cuidados. “A teoria é um meio para compreender um fenómeno apontando as características que lhe dão identidade ... uma estruturação de ideias criativa e rigorosa que busca uma solução e uma visão sistemática dos fenómenos.” (12)

Para que uma teoria possa ser validada terão que ser identificados e definidos pressupostos que a sustentem. Estes pressupostos emergem quer 1 – ***dos resultados relacionados com as intervenções de enfermagem realizadas***, quer do que as pessoas com doença cardiovascular 2 – ***valorizam durante o processo de cuidados e***

percecionam como boas práticas de enfermagem que as ajudam a sentir-se mais capacitadas para gerir os diferentes regimes terapêuticos. Releva-se algumas características destas duas dimensões:

1) *Cuidado em si mesmo e Resultados do cuidado*

Capacitação da pessoa para o autocuidado através de intervenções como: informar, ensinar, instruir, monitorizar, acompanhar, treinar, demonstrar, validar, promover, negociar, estabelecer, elogiar...

2) *Valorização durante o processo de cuidados e percepção como boas práticas de enfermagem*

A disponibilidade, o conhecimento, a relação interpessoal, a forma de comunicar, a proximidade, o interesse, o sentir-se mais à vontade para falar, maior esclarecimento, orientação para um caminho, sentir-se mais capaz, sentir que é capaz...

Eis alguns dos resultados que podem vir a constituir-se como pressupostos e preposições da teoria prescritiva em enfermagem promotora do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular. O nível da teoria pretendido pode designar-se, tal como por alguns autores por Micro Teoria ou Teoria Prescritiva, cuja fundamentação releva ser “mais específica/concreta do que as Teorias de Médio Alcance e os Modelos Conceptuais, por ser diretiva e prescritiva em termos da prática. (11,13)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bryman, Alan. (2012). *Social Research Methods*. Four edition. Oxford University Press.
- Diógenes, M.A.R. & Pagliuca L.M.F. (2003). Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre. dez, 24(3). p. 286-93.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. 2nd Ed. Philadelphia PA.
- Fitzpatrick, Joyce J & Whall, Ann L. (2005). *Conceptual Models of Nursing. Analysis and application*. Fourth Edition. Pearson Prentice Hall. USA.
- Flick, Uwe. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. 1ª edição. Lisboa. Monitor, Lda.
- Latimer, Joanna. (2005). *Investigação Qualitativa Avançada Para Enfermagem*. 1ª ed. Instituto Piaget. Lisboa.

- Leininger, M. (1991). *Cultural Care diversity & Universality: A theory of nursing*. New York. Nthional League for Nursing.
- Meleis, A. I. (1991). *Theoretical Nursing: Development & progress*. Second Edition. Philadelphia. J.B. Lippincott Company.
- Orem, D.E. (1995). *Nursing: Concepts of practice*. 5th edition. St. Louis, MO: Mosby-Year Book Inc.
- Silva, M. A Enfermagem na capacitação para o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular. (2012). In Livro de atas. Conferência Internacional sobre Enfermagem Geriátrica. UCP – ICS e Fundação D. Pedro IV. 85-101.
- Spradley, P. James. (1980). *Participant Observation*. USA. Harcourt Brace Jovanovich.
- Strauss, Anselm & Corbin, Juliet. (1998). *Basics of Qualitative Research Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 2end Edition. London.
- Streubert, Helen J. & Carpenter, Dona R. (2002). *Investigação Qualitativa Em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª ed. Lusociência. Loures.

A ELABORAÇÃO DE UMA ENTREVISTA ETNOGRÁFICA NO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO

Mário Silva¹ & José Amendoeira²

¹Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde. Colaborador na UIIPS

²Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde. Investigador integrado na CIIS_UCP; colaborador na UIIPS e CIEQV

A etnografia assenta na compreensão dos fenómenos tendo por base as crenças, a cultura, os contextos e experiências de vida das pessoas. É nesta proximidade que identificamos estas dimensões e compreendemos a pessoa no seu espaço vivido, onde as questões da gestão dos diferentes regimes terapêuticos se encontram implícitas. Porque importa valorizar a perceção dos participantes, sujeitos de cuidados em relação às intervenções de enfermagem promotoras da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos, através de entrevistas em profundidade, ou seja, uma entrevista com características etnobiográficas.

Refletir sobre a importância da entrevista etnobiográfica enquanto técnica de colheita de dados num processo de investigação.

Numa metodologia de investigação de orientação etnográfica, as técnicas de colheita de dados mobilizadas ao longo do estudo devem permitir a compreensão do fenómeno. A entrevista etnobiográfica constituiu-se como o resultado de um conjunto de outras técnicas anteriormente utilizadas e analisadas de forma congruente, narrativa de ação, “*focus group*” e observação participante. Elencamos um conjunto de questões para compreender a perceção dos participantes, sujeitos de cuidados em relação às intervenções de enfermagem promotoras da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos.

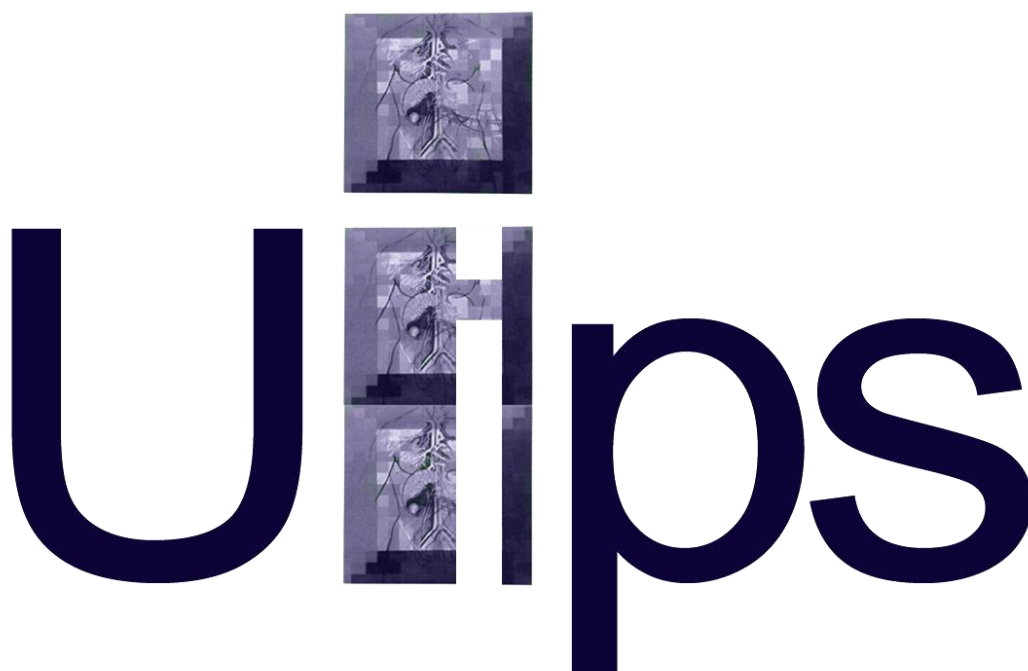
Uma entrevista constituída por quatro temas, em que cada um integra um conjunto de questões perfazendo um total de quarenta e seis (46). Estas questões são apenas um guia orientador para o investigador. No entanto aos participantes é solicitado a atribuição de um nível de importância em cada uma delas. Após esta classificação é aberta a questão aos participantes para responderem de forma livre a fim de justificarem a sua resposta.

Os resultados permitiram compreender a perceção das pessoas cuidadas em relação às intervenções de enfermagem promotoras da autogestão dos diferentes regimes terapêuticos, decorridos entre 3 a 6 meses após as referidas intervenções.

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO



REVISTA DA UIIPS

NÚMERO DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

Editores

Diretor e Subdiretor da UIIPS

Pedro Sequeira (ESDRM, IPS)

Marília Henriques (ESAS, IPS)

Conselho Editorial

Escola Superior Agrária (ESAS)

Marília Henriques

Maria de Fátima Quedas

António Azevedo

José Grego

Escola Superior de Educação (ESES)

Luís Vidigal

Maria Barbas

Maria João Cardona

Susana Colaço

Escola Superior de Saúde (ESSS)

José Amendoeira

Isabel Barroso

Maria João Esparteiro

Maria do Rosário Machado

Escola Superior de Desporto (ESDRM)

Pedro Sequeira

Rita Rocha

Carlos Silva

José Rodrigues

Escola Superior de Gestão e Tecnologia (ESGTS)

António Lourenço

Ilídio Lopes

Vitor Costa

Jorge Faria

Ficha Técnica

ISSN 2182-9608

Periodicidade: 5 números por ano

Características: Politemática mas com números temáticos

Suporte: Digital

Edição e Distribuição

Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém (UIIPS) <http://www.ipsantarem.pt/arquivo/5004>

Propriedade

<http://www.ipsantarem.pt>

AUTO CUIDADO GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

José Amendoeira²; M. Fátima Cunha¹; M. Rosário Pinto¹; Mário Silva¹ & Marta Rosa¹

¹Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UiIPS

²Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UiIPS. Investigador integrado no CIIS/UCP.

RESUMO

A promoção do Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular e com diabetes traduz-se em resultados sensíveis, ganhos em saúde e num grande desafio para os enfermeiros, exigência para a excelência e segurança dos cuidados às pessoas.

Quando falamos de Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular e com diabetes, não encontramos especificamente, evidência científica que nos demonstre como capacitar as pessoas especificamente nestes processos de saúde/doença, cuja complexidade é cada vez mais um desafio para os profissionais de saúde. Assim, pretendemos identificar as intervenções de enfermagem promotoras do Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doença cardiovascular e com diabetes.

Da pesquisa realizada na plataforma EBSCO em julho de 2013, emergem as seguintes dimensões: ***importância da avaliação, relação interpessoal, comunicação/sistemas de informação e registos, capacitação para a tomada de decisão, competências culturais e promoção da saúde***, relacionadas com intervenções de enfermagem, fulcrais na promoção do Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos.

A evidência dos resultados obtidos, sensíveis às intervenções de enfermagem, permite afirmar que as competências desenvolvidas por estes profissionais são catalisadoras da capacitação das pessoas para os processos de tomada de decisão, relacionados com o Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos.

Palavras-chave: Intervenções de enfermagem; Autocuidado; Gestão dos regimes terapêuticos; Doença cardiovascular; Diabetes.

ABSTRACT

The promotion of self-care management in therapeutic regimens in people with cardiovascular disease and diabetes translates into noticeable results, gains in health and a great challenge for nurses, on demanding for excellence and people's safety of care.

When we talk about self-care management regimens in people with cardiovascular disease and diabetes, we found no specifically scientific evidence that shows us how to empower these people, specifically in health/disease process, whose complexity is increasingly a challenge for health professionals. This is the reason; we intend to identify nursing interventions which promote self-care management regimens in people with cardiovascular disease and diabetes.

From the survey in EBSCO platform, done in July 2013, emerge the following dimensions: importance of evaluation, interpersonal relationship, communication / information systems and records, decision-making training, cultural competence and health promotion related to nursing interventions, fundamental in promoting self-care management regimens.

Outcomes, sensitive to nursing interventions, allows us to say that the skills developed by these professionals are catalysts for empowering people to decision-making processes related to the management of self-care regimens.

Keywords: Nursing interventions; Self-care; Management of therapeutic regimens; Cardiovascular disease and Diabetes

INTRODUÇÃO

O conhecimento de uma disciplina deve traduzir-se numa prática baseada na evidência, que só poderá ser integrada se todos a perceberem como uma mais-valia, dando visibilidade no seu quotidiano ao referencial teórico que mobilizam.

O investimento por parte dos enfermeiros, enquanto recurso na construção deste projeto, terá que ser no desenvolvimento de competências cognitivas, relacionais, técnicas e éticas, procurando obter resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, com evidência em ganhos em saúde para as pessoas, mobilizando a perspetiva dos Enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros (OE) sobre a qualidade em saúde, assumindo que "... nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o

exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde...” (2001, p.6).

A clínica em enfermagem deve integrar um percurso dinâmico, onde metodologia e intervenções autónomas promovam a teorização, num processo de retroalimentação entre a teoria e a prática, que se traduza em cuidados individualizados de acordo com os saberes, que permitem tomar decisões relativas ao cuidado e à promoção do bem-estar das pessoas.

PESSOA EM PROCESSO DE DOENÇA CRÓNICA

As doenças crónicas de declaração não obrigatória, como as cardiovasculares e a diabetes, constituem-se como principais causas de morte e incapacidade no mundo, representando cerca de 59 % do total de mortes por ano e 46% do total de doenças (OMS, 2010).

A preocupação é internacional, numa perspetiva da centralidade do cidadão nos cuidados de saúde, uma vez que é uma realidade que reflete os processos de industrialização, urbanismo, desenvolvimento económico e globalização alimentar, associados a fatores de risco comuns, nomeadamente a modificações nos hábitos de vida.

Em Portugal, os indicadores revelados pela Direção Geral de Saúde (2010), referem que as doenças cardiovasculares e a diabetes são das principais causas de morbilidade e mortalidade, e as responsáveis por situações de incapacidade e perda de qualidade de vida, que se repercute no consumo de serviços de saúde e medicamentos.

Esta problemática tem merecido a atenção dos organismos responsáveis, existindo programas de intervenção que visam reduzir os fatores de risco modificáveis, centrados na promoção da saúde e prevenção de doenças. A investigação sobre a prática tem produzido estudos versando as várias dimensões envolvidas.

AUTOCUIDADO GESTÃO DOS REGIMES TERAPÊUTICOS

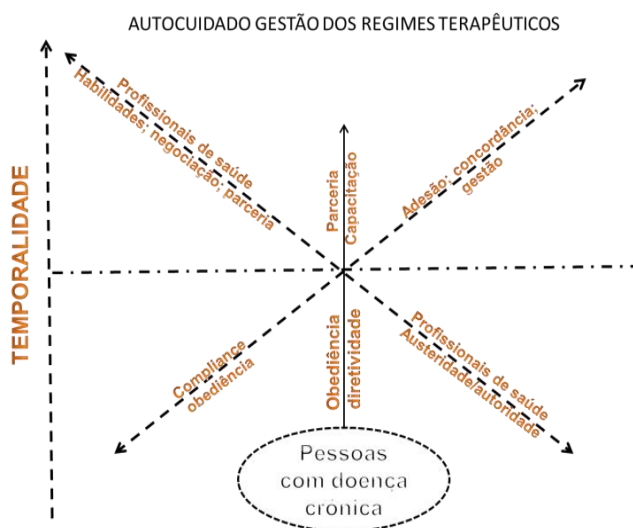
A promoção do autocuidado, na área da gestão dos diferentes regimes terapêuticos, é valorizada como uma das dimensões essenciais da integração teórica e prática.

Na Teoria dos Sistemas de Enfermagem, integrada na Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem, é determinado como é que os enfermeiros, as pessoas ou ambos, dão resposta às necessidades de autocuidado. Para dar resposta aos requisitos de autocuidado e definir o âmbito da responsabilidade do enfermeiro perante as necessidades da pessoa, a autora identifica três classificações de sistemas de enfermagem. Centrando-nos

no sistema de apoio e educação, a pessoa possui capacidade para o autocuidado, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução dos enfermeiros para o exercício e desenvolvimento da Atividade de autocuidado (Petronilho, 2012; Taylor, 2004).

O investimento dos profissionais de saúde será, então, na promoção da saúde, educando a pessoa/ família/comunidade/grupo. Nesta dimensão, a promoção da adesão à terapêutica constitui-se como um dos focos de atenção cruciais na praxis, adquirindo um especial relevo perante pessoas com doença crónica (Ai, Carrigan, 2007; Takahiro et al., 2005).

A análise da prática baseada na evidência nesta temática demonstra a evolução temporal do conceito de adesão, relacionada com a mudança de paradigma na saúde das pessoas/ família/grupos e comunidade, apresentado de forma esquemática, tal como se observa a seguir



A partir da década de 80, os estudos revelam essencialmente dimensões relacionadas com os benefícios das pessoas cumprirem um regime instituído, centrados nos profissionais de saúde, nos sistemas de saúde e nos custos do não cumprimento destas prescrições (Ai e Carrigan, 2007; Blanski e Lenardt, 2005; Takahiro et al., 2005).

Figura nº 1 – Evolução dos conceitos de adesão numa perspectiva temporal de acordo com alguns estudos científicos (Adaptado de Silva, 2012)

Mais recentemente, o conceito de adesão redimensiona-se, incluindo o conceito de decisão partilhada ou acordo consensual sobre o tratamento, no qual as crenças e preferências da pessoa são consideradas (Silva, 2012; Brnton, 2011; Silva, 2010; Pascucci et al, 2010; DeSimone, Crowe, 2009; Lee et al., 2009; Ben-Arye et al, 2007).

Inerentes a esta evolução, surgem os conceitos de *Compliance*, *Adherence* e *Concordance*. Segundo Brnton (2011), *compliance* perspetiva uma visão centrado nos profissionais de saúde a responsabilidade da prescrição e na pessoa o seu cumprimento, o que releva a

conformidade, reforça a sua passividade no processo e promove a autoculpabilização, caso não cumpra. Em oposição, *adherence*, reflete uma perspectiva na qual a pessoa segue as instruções que são prescritas pelos profissionais de saúde, envolvendo-a na escolha. Por último o conceito de *concordance* emerge numa parceria/relação consultiva e consensual com a pessoa.

Estudos centrados na pessoa e no que mobiliza para a adesão aos diferentes regimes terapêuticos, evidenciam cinco dimensões associadas a processos: fisiológicos; psicológicos; desenvolvimento; sociocultural e espiritual (Silva, 2010; Machado, 2009; Henriques, 2006).

Consciente que os processos de capacitação para o autocuidado exigem alteração dos hábitos e estilo de vida, que só ocorrem definitivamente quando a pessoa os integrar na sua vida de forma plena, o enfermeiro desenvolve competências que lhe permitem desenvolver intervenções que conduzam a resultados sensíveis a esses cuidados (Doran, 2003). Perante esta constatação, interrogamo-nos sobre que intervenções de enfermagem são promotoras do Autocuidado Gestão do Regime Terapêutico em pessoas com doença cardiovascular e/ou com diabetes.

METODOLOGIA

Tendo por base a conceção da temática em estudo, formulamos a seguinte questão PI[C]O:

Quais as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular e com diabetes?

Ao pretendemos identificar as intervenções de enfermagem promotoras do Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doença cardiovascular e/ou com diabetes, selecionamos as palavras-chave - *nurs**, *individualized interventions*, *measure*, *self care*, *management*, *concordance*, *therapeutics*, *cardiovascular disease e diabetes*, *patient safety*, validadas enquanto descritores na Mesh Browser, com exceção de *individualized intervention* que embora não se constitua como descritor ou *qualifier*, produziu resultados relativos à temática em estudo.

A pesquisa foi efetuada com recurso à plataforma EBSCOhost em julho de 2013, no friso cronológico de janeiro de 2003 a julho de 2013 recorrendo a Protocolo de Pesquisa (quadro 1).

Quadro nº 1 – Bases de dados, Limitadores e Critérios do Protocolo de Pesquisa

Bases de dados	Limitadores	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
CINHAL Plus Full Text	Referências disponíveis; Data de publicação de 2003-01-01 a 2013-07-08; Língua inglesa; Analisado por especialistas; PBE; Humano; Primeiro autor é enfermeira; Qualquer autor é enfermeira; Pacientes internados; Pacientes com alta; Texto completo em PDF	Estudos em pessoas com doença cardiovascular e/ou com diabetes; abordagem quantitativa, qualitativa, revisões sistemáticas de literatura, estudos de caso que revelassem resultados com evidência científica para a problemática em estudo, apenas estudos/artigos	Pessoas com associação de problemas de saúde mental e psiquiatria e no âmbito da pediatria, todos os resultados da pesquisa que não apresentassem metodologia científica, estudos/artigos no âmbito da gestão
Medline	Texto completo; Data de publicação de 2003-01-01 a 2013-07-08; Resumo disponível; Língua inglesa; Humano; All Adult: 19+ years	escritos em português, inglês, francês ou espanhol.	enquanto área de formação na disciplina de enfermagem.
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Referências disponíveis; Data de publicação de 2003-01-01 a 2013-07-08; Texto completo em PDF		
Cochrane Systematic Review	Texto completo; Fonte da Biblioteca Cochrane: Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)		
Mediclatina	Data de publicação de: 2003-01-01/2013-07-08; Texto completo em PDF		
NHS Economic Evaluation database	Texto completo		

Na conjugação das palavras-chave utilizamos os booleanos **and** e **or**, este último respetivamente na conjugação das palavras cardiovascular disease e diabetes.

Iniciamos por pesquisar cada palavra-chave individualmente, prosseguindo para o cruzamento com cada uma das outras e assim sucessivamente. No cruzamento final emergiram 390 artigos, sendo excluídos 343 após a leitura do título. A leitura do resumo resultou em 33 artigos selecionados lidos na totalidade. Após este processo foram incluídos 15 artigos enquanto corpus de análise, apresentando no quadro 2, as dimensões que emergem dos estudos/artigos selecionados.

Quadro nº 2 – Sistematização da análise dos estudos selecionados

Autor(es)/ano	Strunk, Townsen-Rocchiccioli, Sanford (2013)
Objetivos	Discutir os desafios significativos do envelhecimento das pessoas hispânicas Sugerir estratégias de sensibilização dos cuidadores para o importante papel da cultura e etnia na prestação de cuidados de saúde de qualidade

Metodologia	Revisão da literatura
Participantes	--
Intervenções	<p>Desafios descritos – barreira linguística, crenças e práticas diferentes no âmbito da saúde, suporte social e estatuto socioeconómico, (menor acesso a programas de apoio social, tanto na idade ativa como depois da reforma), discriminação institucional (políticas e procedimentos definidos dificultam a equidade de cuidados na utilização do sistema de saúde), valores culturais, incapacidade de aculturação que pode diminuir a adesão às recomendações de um sistema de saúde que se rege por princípios culturalmente diferentes ou, inversamente, a aculturação pode levar ao abandono de aspetos culturais, criando situações de risco de depressão ou outras doenças mentais.</p> <p>Identificada a necessidade de desenvolvimento de competências comunicacionais e multiculturais por parte dos profissionais de saúde, bem como da compreensão e valorização das crenças e práticas das pessoas de diferentes culturas, permitindo às pessoas que contribuam ativamente no seu plano de cuidados, com incidência na prevenção e promoção da saúde.</p> <p>Recomendação de utilização de frases e terminologia técnica em espanhol, usando esta língua como primária na relação; aquisição de conhecimentos sobre as práticas, valores, práticas de saúde, crenças e tratamento centrado na família; investimento na deteção de problemas de saúde mais comuns nestas pessoas (ao nível da saúde mental, doença cardiovascular, diabetes e doença infecciosa); utilização de material educativo elaborado para a população hispânica, disponível na internet.</p>
Resultados	<p>Desafios críticos para os prestadores de cuidados de saúde incluem os determinantes sociais de distribuição da doença e as desigualdades subjacentes no acesso e benefício de serviços de prevenção e cuidados de saúde, particularmente no âmbito da crescente população hispânica nos Estados Unidos.</p> <p>No meio dessas crescentes disparidades de saúde, é necessário colocar o foco sobre os fatores estruturais que influenciam a saúde dos idosos hispânicos e desenvolver melhores intervenções a vários níveis que promovem a saúde culturalmente competente.</p>
Autor(es)/ano	Frieberg, Granum, Bergh (2012)
Objetivos	<p>Identificar fatores que condicionam a educação enfermeiro/paciente</p> <p>Identificar aspetos funcionais significantes, quando são desenhados estudos sobre o trabalho de educação da pessoa</p>
Metodologia	Revisão integrativa
Participantes	Inclui achados de 32 artigos oriundos de vários países e continentes, essencialmente realizados em contextos hospitalares
Intervenções	<p>Fatores identificados – Crenças e conhecimento dos enfermeiros (a educação das pessoas não é vista como parte do trabalho diário, embora seja dado espaço para a colocação de questões e discussão dos problemas das pessoas; a educação é uma atividade ambígua, havendo enfermeiros que acreditam ter desenvolvido as competências necessárias mas também outros que apontam falta de treino e de confiança como fatores dificultadores da condução do processo educacional); ambiente educacional (falta de tempo e a falta de apoio de outros enfermeiros durante a intervenção); organização dos cuidados de saúde (papel dos gestores, rácio enfermeiro/doente, falta ou existência de suporte organizacional para realizar atividades educativas); cooperação interdisciplinar e trabalho em equipa (relações de poder formal e informal nas equipas e ambiguidade no papel esperado de cada profissional); atividades educativas com a pessoa (fornecer informação, focada em dados objetivos (como medicação ou informação administrativa).</p>

Resultados	A atividade de educação é fundamental. Os fatores condicionadores são caracterizados pela necessidade de centrar na pessoa, na segurança e na <i>compliance</i> associada à dimensão ética.
Autor(es)/ano	Foss (2011)
Objetivos	Compreender como se posicionam as pessoas idosas como pacientes participantes Compreender como se constrói o <i>participant-self</i> destas pessoas no seu contexto histórico e sociocultural
Metodologia	Estudo qualitativo, com recurso à análise de conteúdo
Participantes	10 pessoas idosas (acima dos 80 anos) escolhidas intencionalmente, com a colaboração de informantes chave, após internamento em serviços de medicina e cirurgia de um hospital universitário norueguês.
Intervenções	Dimensões resultantes da análise: representação dos cuidadores hospitalares (a estrutura hospitalar não deixa espaço para manifestar outra coisa que não seja confiança no sistema de saúde); construção do <i>participating self</i> (construção de um espaço para se fazerem ouvir, assumindo-se como idosos e como pacientes. A participação é descrita como uma estratégia onde a própria idade é usada, manobrando o próprio discurso em função da situação – <i>how one “plays one’s cards”, knowing the “rules of the game”</i> – e não como um direito legal, pois a socialização das pessoas nesta faixa etária foi construída na base do paciente obediente e passivo.
Resultados	O tempo é uma condição importante para a participação, devido à idade. A relação entre os idosos e os profissionais de saúde revela um conflito entre as necessidades dos primeiros e o discurso dominante da eficiência hospitalar. A participação é encarada como uma negociação associada ao facto de serem consumidores de cuidados, ao que acresce a idade que leva a uma construção de dependência, com um misto de aceitação e resistência. O estudo conclui que, embora as pessoas não se posicionem como participantes no processo de cuidados, de forma subtil, numa perspetiva de oportunidade como paciente, escolhem as suas estratégias de abordagem direcionadas a adquirir influência.
Autor(es)/ano	Liu, Manias, Gertz (2011)
Objetivos	Examinar seis Modelos sobre segurança na administração de medicação em vários hospitais e na comunidade; Considerar os pontos fortes e as limitações de cada Modelo; Considerar as possíveis aplicações dos Modelos para compreender a segurança da administração de medicação nas organizações
Metodologia	Revisão sistemática da literatura
Participantes	Integra os Modelos: Human Error Model (HEM); System Analysis to Clinical Incidents Model (SACIM); Shared Decision-Making Model (SDMM); Medication Decision-Making and Management Model (MDMMM); Australian Pharmaceutical Advisory Council’s Partnership Model (APACPM) e Medication Communication Model (MCM)
Intervenções	--
Resultados	O Modelo de análise dos incidentes clínicos (SACIM) examina a cadeia de eventos que leva ao acidente, identifica os problemas relacionados com a gestão dos cuidados e considera as condições latentes em que o incidente ocorre. O Modelo da decisão partilhada (SDMM) define as características chave do processo de tratamento baseado na decisão partilhada. Os Modelos da decisão e gestão da medicação (MDMMM) e de parceria (APACPM) apresentam 4 estádios no envolvimento da pessoa numa relação centrada no cliente – definição dos objetivos do tratamento, escolha das opções de tratamento, monitorização dos sintomas e avaliação do regime terapêutico e autocuidado sem prescrição de produtos farmacêuticos. Advogam o papel ativo da pessoa na monitorização da medicação, baseada em interações pensadas com os profissionais. O

	<p>Modelo da comunicação (CMM) fornece um quadro conceitual para explorar a complexidade da comunicação sobre gestão da terapêutica, entre os profissionais de saúde, os cuidadores informais e as pessoas, nos atuais contextos de cuidados de saúde (fatores socioculturais e ambientais, comunicação verbal e não verbal, compreensão do uso apropriado da medicação, efeitos secundários e prevenção de incidentes).</p> <p>O autocuidado é frequentemente desenvolvido pelas pessoas no sentido de aliviarem os sintomas antes de procurarem os cuidados de saúde.</p>
Autor(es)/ano	Manias (2010)
Objetivos	Analisar o conceito de <i>medication communication</i> , com especial incidência nos cuidados de enfermagem
Metodologia	Revisão sistemática da literatura
Participantes	--
Intervenções	<p>O conceito tem sido usado de quatro formas: examinar relações causais entre a comunicação e os erros de medicação; interação entre farmacêuticos, médicos e pacientes para facilitar a avaliação, o planeamento e a reavaliação; para entender a interação entre prescritores, fornecedores de medicação e pacientes, no sentido de facilitar a prescrição, a toma e entrega da medicação; explorar interações entre pacientes, familiares e profissionais de saúde na administração, monitorização ou resposta à medicação e para transferir informação.</p> <p>Intervenções: determinar quem está a falar no encontro comunicacional; o que é dito para centrar a comunicação na pessoa; quais os aspetos, centrado na pessoa, a priorizar relativamente ao regime terapêutico. Identificar os indivíduos silenciosos e a causa do mesmo; a linguagem corporal envolvida na interação e o vocabulário mais recente.</p>
Resultados	<p>Devem ser apresentados casos para ilustrar o conceito para estabelecer a relação entre a abertura e a efetividade do encontro comunicacional.</p> <p>Os antecedentes do conceito consistem em influências socioculturais e ambientais e as consequências são os aspetos resultantes do mesmo.</p>
Autor(es)/ano	Nosbusch, Weiss, Bobay (2010)
Objetivos	<p>Investigar as práticas, perceções e experiências dos enfermeiros no planeamento da alta hospitalar.</p> <p>Avaliar a necessidade de cuidados no âmbito do autocuidado, cuidados prestados por familiares, cuidados de profissionais de saúde ou uma combinação destas opções.</p>
Metodologia	Revisão integrativa que inclui estudos na área da intervenção junto de pessoas com diabetes e doença cardiovascular.
Participantes	Artigos de investigação cujos participantes são enfermeiros da prática clínica.
Intervenções	Preparação do regresso a casa por parte dos enfermeiros; Parceria e envolvimento dos cuidadores informais; Conhecimento das necessidades pós-alta da pessoa; Acompanhamento da pessoa no processo de transição e recuperação em casa.
Resultados	<p>Temas identificados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicação interdisciplinar, tanto verbal como escrita (dimensões comunicacionais entre enfermeiros, enfermeiros e equipa multidisciplinar e enfermeiros/ pessoas e família); - Sistemas e estruturas (facilitador: reorganização dos processos existentes, educação da pessoa, formação dos enfermeiros no âmbito do planeamento da alta, recursos a peritos e utilização de suporte informático, numa perspetiva multidisciplinar; dificultador: falta de efetividade nos sistemas e estruturas, de protocolos de atuação e de ferramentas de avaliação fiáveis); - Tempo (constrangimentos relacionados com a falta de tempo para planear a alta e com internamentos

	<p>de curta duração)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Confusão de papéis (indefinição de papéis na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar como uma barreira); - Continuidade de cuidados (horário rotativos, trabalho a tempo parcial e metodologia de trabalho são dificultadores no planeamento da alta); - Conhecimento (importância de conhecer os recursos e serviços existentes na comunidade); - Invisibilidade do papel do enfermeiro no planeamento da alta <p>Globalmente, realça o impacto positivo de novos modelos de prestação de cuidados interdisciplinares sobre a coordenação dos cuidados após alta e os resultados nas pessoas; a reorganização dos processos existentes e uma abordagem baseada em evidências para a educação da pessoa pode resultar em ganhos significativos na sua evolução. A posição única dos enfermeiros para identificar as barreiras e oportunidades nos processos de planeamento de alta, contribui significativamente para iniciativas de reforma baseadas em evidências. Processos de planeamento de alta, centrados na pessoa podem facilitar a transição do hospital para casa e intervir nos eventos adversos experimentados por algumas pessoas no período pós-alta.</p>
Autor(es)/ano	Burns (2009)
Objetivos	Avaliar os resultados das intervenções de enfermagem, mobilizando a teoria do comportamento planeado.
Metodologia	Revisão da literatura
Participantes	--
Intervenções	Informação sobre o diagnóstico, riscos e benefícios da terapêutica; Capacitação da pessoa com conhecimento; Mudança de atitudes (atitude mais positiva em relação à terapêutica); Encorajamento de pensamentos e atitudes positivas na adesão à medicação.
Resultados	<p>Aplicação com sucesso da teoria do comportamento em relação à medicação, no âmbito das crenças face a esta. Medição das crenças e intenções de uma pessoa para tomar a medicação hipoglicemiante e imunossupressora.</p> <p>O conhecimento adquirido por parte da pessoa pode influenciar os seus pensamentos para o comportamento. A perceção negativa face aos efeitos colaterais, interações alimentares, ajustes de medicação e análises frequentes, podem desenvolver comportamentos de não-adesão ao regime farmacológico e não farmacológico.</p> <p>A integração da teoria do comportamento pelos enfermeiros como um quadro orientador, pode facilitar a melhoria dos resultados relacionados com a terapêutica de anticoagulação.</p> <p>A avaliação por parte dos enfermeiros das barreiras percebidas para mudar antes do início da terapêutica permite eliminá-las as em cada visita subsequente.</p> <p>Para melhorar os resultados, deve investir-se na compreensão das atitudes, crenças normativas e motivação na adesão ao regime farmacológico.</p>
Autor(es)/ano	McEwen, Polatajko, Huijbregts, Ryan (2009)
Objetivos	Explorar o potencial da utilização da Orientação Cognitiva no protocolo da <i>Daily Occupational Performance</i> (CO-OP) para aumentar o desempenho de adultos com doença vascular cerebral crónica
Metodologia	Estudo experimental
Participantes	Pessoas adultas com doença vascular cerebral crónica em contexto de comunidade
Intervenções	Aplicação da CO-OP

Resultados	A abordagem com a CO-OP está associada com uma melhoria significativa do desempenho relativamente aos objetivos definidos pelo próprio, com satisfação na autoperceção da pessoa relativamente a estas dimensões. Melhoria clinicamente importante aos níveis físicos, da motricidade fina e na participação global nos vários domínios da saúde.
Autor(es)/ano	Anthony (2008)
Objetivos	Rever a literatura existente sobre hipoglicémia em adultos hospitalizados e implicações para a prática de enfermagem
Metodologia	Revisão da literatura (domínio da hipoglicémia em adultos hospitalizados)
Participantes	---
Intervenções	---
Resultados	Os enfermeiros têm um papel crítico na eficácia do tratamento e prevenção da hipoglicémia. É essencial que detenham conhecimentos sobre as causas, prevenção, deteção e seu tratamento. A hipoglicémia é previsível e prevenível em pessoas hospitalizadas, devendo ser instituídas políticas para estimular a resposta a situações mais comuns que precipitam a hipoglicémia.
Autor(es)/ano	Kaminsky, Rosenqvist, Holmstrom (2008)
Objetivos	Descrever as diferentes formas de entendimento do trabalho num grupo de enfermeiras suecas
Metodologia	Estudo qualitativo, numa abordagem fenomenográfica
Participantes	12 enfermeiras (tele- enfermeiras)
Intervenções	Avaliação, encaminhamento e aconselhamento à pessoa; apoio à pessoa (devolvendo a chamada); reforço das atividades de autocuidado já desenvolvidas (elogiar, validar e promover a autoconfiança); ensinar e facilitar a aprendizagem (utilizar o conhecimento já existente como ponto de partida).
Resultados	Variações na forma de entender a atividade telefónica dos enfermeiros podem levar a variações, tanto nos resultados da intervenção como na satisfação das pessoas.
Autor(es)/ano	Sipila, Ketola, Tala, Kumpusal (2008)
Objetivos	Estudar a efetividade da facilitação da implementação do HPP Melhorar os processos de trabalho dos profissionais de saúde
Metodologia	Sessões multiprofissionais: autoauditoria, brainstorming, estratégia de diagrama causa/efeito, análise de casos
Participantes	62 facilitadores voluntários (em pares de médico/enfermeiro)
Intervenções	Implementar localmente as <i>guidelines</i> nacionais (programa de educação, interação e habilidades de motivação, capacidade de compreender e liderar a mudança, conhecimentos de informática, palestras e trabalho em equipa em grupos multiprofissionais).
Resultados	Participação crescente dos profissionais. Diminuição da quantidade de medições de pressão arterial e observação de mais pacientes de alto risco para DCV. O mesmo efeito foi observado em pacientes diabéticos. Aproximação às diretrizes nacionais: maior frequência no controlo de pessoas descompensadas e empoderamento da autogestão naqueles em melhor equilíbrio. As pessoas devem ser encorajadas e capacitadas para assumir mais responsabilidade pelos problemas de autocuidado, relacionados com o estilo de vida e o tratamento. Em colaboração com vários profissionais, os enfermeiros podem participar ativamente das ações de prevenção de doenças crónicas no âmbito dos estilos de vida.

Autor(es)/ano	Ridge (2007)
Objetivos	Discutir o contributo das <i>guidelines</i> na garantia da segurança na administração de insulina na pessoa hospitalizada.
Metodologia	Artigo não científico, no domínio das <i>guidelines</i>
Participantes	--
Intervenções	<p>Apreciar a situação da pessoa (historial glicémico, manifestações e hábitos, sensibilidade face às flutuações de glicémia, adesão ao regime terapêutico);</p> <p>Integrar o conhecimento sobre a terapêutica e as diretrizes na administração;</p> <p>Usar protocolos de administração de insulina;</p> <p>Monitorizar a evolução da situação global.</p>
Resultados	A segurança da pessoa é promovida por um controlo glicémico rigoroso, que diminui a morbilidade e a mortalidade, quando comparado com a abordagem tradicional.
Autor(es)/ano	Scott-Smith; Greenhouse (2007)
Objetivos	Avaliar o programa <i>Patient-controlled Liberalized Diet</i> (PCLD), num contexto hospitalar
Metodologia	Utilização de ferramentas específicas para colher e analisar dados produzidos na unidade de cuidados, durante a aplicação do programa.
Participantes	Pacientes hospitalizados cuja dieta era prescrita de acordo com o PCLD
Intervenções	Implementar um modelo de prescrição de dietas centrado na pessoa, envolvendo-a no processo de tomada de decisão.
Resultados	<p>Durante o internamento: Aumento da colaboração interdisciplinar; da continuidade do plano alimentar; dos momentos de intervenção educativa e redução de custos ao longo do processo.</p> <p><i>Patient Compliance</i> (aumento do número de pessoas que selecionam adequadamente a dieta), com maior satisfação após 6 meses de seguimento do Programa.</p>
Autor(es)/ano	Chan, Yee, Leung, Day (2006)
Objetivos	Determinar a efetividade da intervenção de enfermagem no controlo da glicémia em pessoas idosas com diabetes tipo 2
Metodologia	<p>Estudo quase-experimental com um desenho antes/após (com 2 grupos - um submetido à intervenção e outro que funcionou como grupo de controlo).</p> <p>Implementado um protocolo, com base no Modelo de Hibbard (2003)</p>
Participantes	150 pessoas idosas com diabetes, com controlo inadequado da glicémia
Intervenções	Desenho da intervenção: Avaliação inicial (dados antropométricos e aplicação da Escala de Avaliação da Qualidade de cuidados à pessoa com Diabetes), 3 momentos de interação destinados à re-educação e reforço da <i>Compliance</i> (medicação, dieta e atividade física), em simultâneo com <i>follow-up</i> por telefone; ênfase nos comportamentos autogestão, de mudanças no estilo de vida, e fornecimento de feedback sobre os valores monitorizados
Resultados	<p>A intervenção em estudo é efetiva, pois verifica-se uma descida gradual na HbA1c ao longo das 12 semanas, uma melhoria da pressão arterial sistólica e redução na utilização dos cuidados de saúde, embora com valores semelhantes aos do grupo de controlo.</p> <p>Pela PEQD, pode afirmar-se que os idosos continuam a crer na informação fornecida mais do que na decisão partilhada, constatando uma adesão mais elevada ao autocuidado, embora ainda muito relacionado com as aprendizagens da pessoa sobre a doença e o programa de tratamento.</p>

Autor(es)/ano	Forster, Murff, Peterson, Gandhi, Bates (2003)
Objetivos	Descrever a incidência, severidade, evitabilidade e “ <i>ameliorability</i> ” de eventos adversos que afetam as pessoas após a alta do hospital; Desenvolver estratégias para melhorar a segurança das pessoas durante este intervalo de tempo.
Metodologia	Estudo prospectivo de coorte, realizado através do recurso a entrevistas telefônicas.
Participantes	400 pessoas que tiveram alta de um serviço de medicina, de forma consecutiva.
Intervenções	Identificação da incidência, severidade e evitabilidade de eventos adversos
Resultados	Os três eventos adversos, definidos como lesões, evitáveis, <i>ameliorable</i> . Os eventos adversos ocorreram com frequência no período seguinte da alta, muitos poderiam ter sido evitados ou amenizados com estratégias simples.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Da análise dos artigos, emergem as seguintes dimensões: **importância da avaliação, relação interpessoal, comunicação/sistemas de informação e registros, capacitação para a tomada de decisão, competências culturais e promoção da saúde**, relacionadas com intervenções de enfermagem fulcrais na promoção do Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos, as quais serão o fio condutor na discussão dos resultados.

No processo de cuidados, a **avaliação das necessidades da pessoa**, a primeira etapa do processo de enfermagem, constitui-se de uma importância crucial no seu desenvolvimento. Constatamos que as intervenções de enfermagem que as capacitam para a tomada de decisão partilhada e responsável estão relacionadas com a forma como os enfermeiros procuram conhecer as suas necessidades.

Na evidência científica demonstrada nos artigos/estudos analisados, constatamos a importância da avaliação, numa relação estreita com aquilo que os profissionais de saúde devem integrar na sua prática clínica, mobilizando a dimensão humanista, científica, técnica e ético deontológica. A avaliação centrada na pessoa traduz-se em resultados no âmbito da sua capacitação na tomada de decisão, gestão dos regimes terapêuticos farmacológicos e não farmacológicos, autogestão e autoconfiança nos processos de saúde doença (Strunk, Townsen-Rocchiccioli, Sanford, 2013; Manias, 2010; Nosbusch, Weiss, Bobay; 2010; Burns, 2009; Kaminsky, Rosenqvist, Holmstrom, 2008; Sipila et al., 2008; Scott-Smith; Greenhouse, 2007; Ridge, 2007; Chan et al., 2006).

Outra dimensão emerge, a **relação interpessoal**, um instrumento básico no cuidado em enfermagem, uma vez que os processos de cuidados desenvolvidos com as pessoas estão envoltos de momentos de interação e de relações, com objetivo terapêutico. No entanto, face

aos contextos de cuidados de saúde, esta desenvolve-se essencialmente ao nível enfermeiro/pessoa/família numa perspetiva de envolvimento/parceria/negociação.

Salientamos nesta dimensão o conceito de *concordance*, como um nível a alcançar na capacitação da pessoa, destacando-se decisões partilhadas e a relevância do desenvolvimento de uma relação interpessoal, ao nível do enfermeiro/pessoa/família, mas também entre as equipas multidisciplinares, cujos resultados se traduzem em ganhos em saúde para as pessoas e melhoria nos cuidados (Frieberg, Granum, Bergh, 2012; Foss, 2011; Nosbusch, Weiss, Bobay, 2010; Burns, 2009; Kaminsky, Rosenqvist, Holmstrom, 2008; Sipila et al., 2008; Ridge, 2007; Scott-Smith, Greenhouse, 2007).

Relevamos as intervenções de Enfermagem que integram as **estratégias de comunicação**, cujos resultados evidenciam uma influência positiva na capacitação das pessoas para gerir os seus regimes terapêuticos. Numa dimensão mais reflexiva e analítica consideramos todo o processo que envolve uma intencionalidade de partilhar/transmitir informação de forma sistematizada, uniforme e congruente com objetivos que devem ser comuns, transcendendo os procedimentos comunicacionais ou a linguagem verbal e não-verbal.

A evidência científica demonstra que a forma como comunicamos e a intencionalidade com que desenvolvemos as competências comunicacionais com as pessoas que cuidamos, tem grande influência nos resultados que pretendemos alcançar. Constatamos que intervenções de enfermagem no âmbito da educação para a saúde, da promoção do Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos, são potenciadas pelas estratégias de comunicação mobilizadas pelos enfermeiros e consideradas pelas pessoas como habilidades que os mesmos desenvolvem. Numa perspetiva de proximidade e de adequação da linguagem, os resultados evidenciados pelas mesmas, traduzem a assunção de tomadas de decisão partilhadas e responsáveis que culminam numa autogestão face aos seus projetos de saúde.

A diversidade de ferramentas que os enfermeiros e outros profissionais de saúde mobilizam no seu dia-a-dia, para cuidar das pessoas integram informação oral e escrita, onde a **tecnologia dos sistemas de comunicação, de informação e registos eletrónicos**, emergem como dimensões fundamentais no desenvolvimento do processo de cuidados. Em complementaridade, repercute-se na melhoria contínua da qualidade dos mesmos, onde a centralidade do cidadão surge como essencial face ao desenvolvimento do processo de cuidados, através da referenciação/partilha/informação e envolvimento nas decisões e promoção da sua segurança (Strunk, Townsen-Rocchiccioli, Sanford, 2013; Frieborg, Granum,

Bergh, 2012; Foss, 2011; Liu, Manias, Gerdzt, 2011; Manias, 2010; Nosbusch, Weiss, Bobay, 2010; Kaminsky, Rosenqvist, Holmstrom, 2008; Sipila et al., 2008; Scott-Smith, Greenhouse, 2007; Chan et al., 2006).

A capacitação para a tomada de decisão permite-nos refletir em dois pólos, cujas extremidades devem tendencialmente convergir para o mesmo sentido, num encontro que se traduza no empoderamento de ambos, relação que se estabelece entre os saberes dos enfermeiros e das pessoas, numa perspetiva construtivista. Consideramos que este encontro, quando sustentado em conhecimento científico e planeado de forma individualizada, com objetivos bem definidos de ambas as partes, promove a satisfação quer dos enfermeiros quer das pessoas, com repercussões no desenvolvimento de competências dos profissionais, integrando capacidades e habilidades na capacitação para o autocuidado. Assim, as pessoas desenvolvem sentimentos de autoconfiança e de autogestão, cujo resultado se traduz em tomadas de decisão conscientes, partilhadas e responsáveis face aos seus projetos de saúde (Foss, 2011; Liu, Manias, Gerdzt, 2011; Burns, 2009; McEwen et al, 2009; Kaminsky, Rosenqvist, Holmstrom, 2008; Sipila et al., 2008; Scott-Smith, Greenhouse, 2007; Chan et al., 2006).

Atualmente a reflexão em torno da **competência cultural** tem despoletado nos enfermeiros uma procura constante de saberes no desenvolvimento da prática clínica, sustentados em referenciais teóricos. Não comungando daquilo que na corrente mais comum do pensamento, aponta para uma dicotomia entre teoria e prática, constatamos que uma prática baseada na evidência é a chave para o desenvolvimento destas competências, que despontam das necessidades reais dos contextos de cuidados e cuja investigação contribui para a implementação da evidência científica. Silva (2010) constatou a cultura como uma dimensão que influencia a pessoa na adesão aos diferentes regimes terapêuticos, pelo que o conhecimento por parte dos enfermeiros das razões que levam a pessoa a decidir é crucial para uma intervenção eficiente e eficaz face às suas necessidades.

Este movimento proactivo teoria/prática constitui-se numa plataforma de construção de conhecimento, cujos resultados demonstram a necessidade de implementarmos intervenções culturalmente competentes para podermos capacitar as pessoas para o Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos (Strunk, Townsen-Rocchiccioli, Sanford, 2013; Manias, 2010; Burns, 2009). Este conhecimento, em pessoas com doença cardiovascular e/ou diabetes, implica um investimento por parte dos enfermeiros no desenvolvimento de competências numa área

nobre do processo de cuidados: a promoção da saúde, uma vez que só poderemos capacitar as pessoas para o seu autocuidado, se mobilizarmos e integrarmos nas nossas intervenções a essência do conceito, pois, tal como Scala et al (2008) afirmam, *health promotion is the process of enabling people to increase control over the determinants of health and thereby improve their health. Participation is essential to sustain health promotion action.*

Constatamos que toda a análise desenvolvida neste artigo tem por base o conceito referenciado anteriormente. Relevamos assim a importância de uma prática baseada na evidência, no sentido da construção do conhecimento científico que deve fazer parte da formação ao longo da vida dos enfermeiros, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A **promoção da saúde** como intervenção de enfermagem sobressai em alguns dos artigos/estudos analisados, com resultados que podem ser extrapolados para a prática clínica. Todas as intervenções neste âmbito, em que o envolvimento e capacitação da pessoa são mobilizados, traduzem-se em ganhos em saúde.

O processo de cuidados desenvolve-se numa parceria dinâmica entre quem necessita de cuidados e o profissional que mobiliza todos os saberes para o executar e controlar (Amendoeira, 2000). Quando falamos de parceria, os resultados obtidos apontam questões relacionadas com a participação ativa das pessoas no processo, responsabilização na construção dos seus projetos de saúde, promoção da literacia em saúde individual e coletiva, numa perspetiva de construção da cidadania ativa das pessoas e da sociedade em geral (Strunk, Townsen-Rocchiccioli, Sanford, 2013; Frieberg, Granum, Bergh, 2012; Foss, 2011; Liu, Manias, Gerdzt, 2011; Burns, 2009; Kaminsky, Rosenqvist, Holmstrom, 2008; Sipila et al., 2008; Scott-Smith, Greenhouse, 2007; Chan et al., 2006).

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados são cruciais para a promoção do Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doença crónica, onde se incluem as doenças cardiovasculares e a diabetes. A discussão aqui explanada permite refletir de forma integradora sobre as intervenções desenvolvidas neste âmbito, demonstrando a janela de oportunidades que os enfermeiros detêm no desenvolvimento de competências para a capacitação de pessoas para o Autocuidado.

BIBLIOGRAFIA

- (1) OE (2001). **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- (2) OMS (2010). **World health statistics 2010**, World Health Organization
- (3) DGS (2010). **Elementos estatísticos - Informação Geral Saúde 2008**, Lisboa: MS
- (4) Petronilho, F. (2012). **Autocuidado. Conceito Central da Enfermagem**. Coimbra: Formasau.
- (5) Taylor, S. (2004). Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem, In: Tomey; Alligood. **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª Ed. Loures: Lusociência.
- (6) Ai, A.; Carrigan, L. (2007). **Social-Strata-Related Cardiovascular Health Disparity and Comorbidity in an Aging Society: Implications for Professional Care**. In Health & Social Work, May, V 32 (2): 97-105.
- (7) Takahiro, H.; Shekelle, P.; Adams, J. (2005). **Quality of Care Is Associated with Survival in Vulnerable Older Patients**. American College of Physicians. V 143 (4): 274-281.
- (8) Silva, M. (2012). **A Enfermagem na capacitação para o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular**. In Livro de atas. Conferência Internacional sobre Enfermagem Geriátrica. UCP – ICS e Fundação D. Pedro IV: 85-101.
- (9) Blanski, C.; Lenardt, M. (2005). **A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso**. Ver. Gaúcha Enfermagem, Agosto, 26(2): 180-188.
- (10) Brunton, S. (2011). **Improving Medication Adherence in Chronic Disease Management**. Supplement to The Journal of Family Practice. V. 60 (4).
- (11) Silva, M. (2010). **O ser humano e a adesão ao regime terapêutico. Um olhar sistémico sobre o fenómeno**. Coimbra: Formasau.
- (12) Pascucci, M.; Lazer, A.; Belknap, D.; Kodumthara, E. (2010). **Situational Challenges That Impact Health Adherence In Vulnerable Populations**. Journal of Cultural Diversity, V. 17(1): 4-12
- (13) DeSimone, M.; Crowe, A. (2009). **Nonpharmacological approaches in management of hypertension**. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 189-196.
- (14) Lee, A.; Chui, A.; Tang, S.; Tsoi, T.; Fong, D. (2009). **Predictors of poststroke quality of life in older Chinese adults**. Journal of Advanced Nursing, 554-564pp.

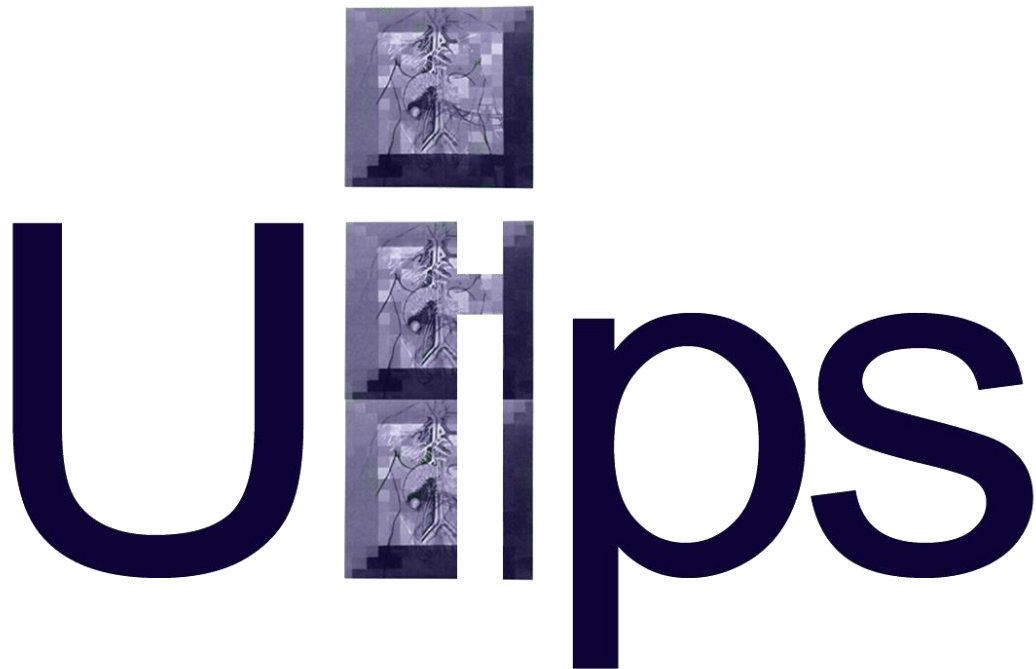
- ⁽¹⁵⁾ Ben-Arye, E; Lear, A.; Doron, H.; Margalit, R. 2007. **Promoting Lifestyle Self-Awareness Among the Medical Team by the Use of an Integrated Teaching Approach: A Primary Care Experience.** The Journal of Alternative and Complementary Medicine, V 13 (4): 461-469.
- ⁽¹⁶⁾ Machado, M. (2009). **Adesão ao regime terapêutico : representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros.** (<http://hdl.handle.net/1822/9372>).
- ⁽¹⁷⁾ Henriques, M. (2006). **Adesão ao regime terapêutico em idosos. Revisão sistemática (2004-2006).** UL: ESEL.
- ⁽¹⁸⁾ Doran, D. (2003). **Nursing Outcomes, State of the Science.** Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. 1ª Ed.
- ⁽¹⁹⁾ Strunk, J.; Townsend-Rocchiccioli, J.; Sanford, J. (2013). **The Aging Hispanic in America: Challenges for Nurses in a Stressed Health Care Environment.** MEDSURG Nursing. Jan-Feb. V 22 (1): 45-50.
- ⁽²⁰⁾ Friberg, F.; Granum, V.; Bergh, A. (2012). **Nurses' patient education work: conditional factors – an integrative review.** Journal of Nursing Management, 20: 170–186.
- ⁽²¹⁾ Foss, C. (2011). **Elders and patient participation revisited – a discourse analytic approach to older persons' reflections on patient participation.** Journal of Clinical Nursing. 20: 2014–2022.
- ⁽²²⁾ Liu, W.; Manias, E.; Gerdzt, M. (2011). **Understanding medication safety in healthcare settings: a critical review of conceptual models.** Nursing Inquiry. 18(4): 290–302.
- ⁽²³⁾ Manias, E. (2010). **Medication communication: a concept analysis.** Journal of Advanced Nursing, 66(4): 933–943.
- ⁽²⁴⁾ Nosbusch, J.; Weiss, M.; Bobay, K. (2010). **An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning.** Journal of Clinical Nursing, 20: 754–774.
- ⁽²⁵⁾ Burns, S. (2009). **Application of the theory of planned behavior to oral anticoagulant therapy.** Nursing and Health Sciences, 11: 98–101.
- ⁽²⁶⁾ McEwen, S.; Polatajko, H.; Huijbregts, M.; Ryan, J. (2009). **Exploring a cognitive-based treatment approach to improve motor-based skill performance in chronic stroke: Results of three single case experiments.** Brain Injury. 23(13–14): 1041–1053.
- ⁽²⁷⁾ Anthony, M. (2008). **Hypoglycemia in Hospitalized Adults.** Medsurg Nursing, 17(1): 31-40.

- ⁽²⁸⁾ Kaminsky, E.; Rosenqvist, U.; Holmström, I. (2008). **Telenurses' understanding of work: detective or educator?**Journal of Advanced Nursing. 65(2): 382–390.
- ⁽²⁹⁾ Sipilä, R.; Ketola, E.; Tala, T.; Kumpusalo, E. (2008). **Facilitating as a guidelines implementation tool to target resources for high risk patients – The Helsinki Prevention Programme (HPP)**.Journal of Interprofessional Care. 22(1): 31 – 44p.
- ⁽³⁰⁾ Ridge, R. (2007). **Boosting insulin safety**.Nursing.37(2).
- ⁽³¹⁾ Scott-Smith, J.; Greenhouse, P. (2007).**Transforming care at the bedside: Patient-controlled liberalized diet**.Journal of Interprofessional Care. 21(2): 179 – 188.
- ⁽³²⁾ Chan, M.; Yee, A.; Leung, E.; Day, M. (2006).**The effectiveness of a diabetes nurse clinic in treating older patients with type 2 diabetes for their glycaemic control**.Journal of Clinical Nursing. 15: 770–781.
- ⁽³³⁾ Forster, A.; Murff, H.; Peterson, J.; Gandhi, T.; Bates, D. (2003).**The Incidence and Severity of Adverse Events Affecting Patients after Discharge from the Hospital**.Annals of Internal Medicine. 138 (3): 161-167.
- ⁽³⁴⁾ Scala, D. (2008). **17th International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services**.
- ⁽³⁵⁾ Amendoeira, J. (2000). O cuidado de enfermagem – que sentido(s)?, In: Costa, et al. **Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de formação. Balanço de um Projeto**. Lisboa: MS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO



REVISTA DA UIIPS

NÚMERO DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

Editores

Diretor e Subdiretor da UIIPS

Pedro Sequeira (ESDRM, IPS)

Marília Henriques (ESAS, IPS)

Conselho Editorial

Escola Superior Agrária (ESAS)

Artur José Guerra Amaral

Marília Oliveira Inácio Henriques

Paula Lúcia da Mata Silvério Ruivo

Escola Superior de Desporto (ESDRM)

João Miguel Peres Moutão

Luís Filipe Cid Serra

Rita Santos Rocha

Escola Superior de Educação (ESES)

Maria João Cardona

Maria Potes Barbas

Susana Colaço

Escola Superior de Gestão e Tecnologia (ESGTS)

João Paulo Rodrigues Samartinho

Susana Cristina Henriques Leal

Escola Superior de Saúde (ESSS)

Hélia Dias

Isabel Barroso

José Amendoeira

Ficha Técnica

ISSN 2182-9608

Periodicidade: 5 números por ano

Características: Politemática mas com números temáticos

Suporte: Digital

Edição e Distribuição

Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém (UIIPS) <http://www.ipsantarem.pt/arquivo/5004>

Propriedade

Instituto Politécnico de Santarém

Complexo Andaluz, Apartado 279

2001-904 Santarém

<http://www.ipsantarem.pt>

DA ADESAO À PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO – GESTÃO DOS REGIMES TERAPÊUTICOS EM PESSOA COM DOENÇA CARDIOVASCULAR.

Mário Silva¹ & José Amendoeira²

¹Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UiIPS

²Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UiIPS. Investigador integrado no CESNOVA. Investigador no CIIS/UCP.

RESUMO

A evidência científica demonstra uma preocupação internacional na centralidade do cidadão nos cuidados de saúde e a sua capacidade para as tomadas de decisão, na construção do seu projeto individual de saúde, que se repercute na saúde coletiva. O investimento dos enfermeiros, como recurso para a construção deste projeto individual ou coletivo, terá que ser no desenvolvimento de competências cognitivas, relacionais, técnicas e éticas, tendo como objetivos a produção de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Procuramos perceber as competências que os enfermeiros mobilizam na prática clínica face às respostas humanas aos processos de saúde doença.

Quais as competências dos enfermeiros (I) que promovem a gestão dos diferentes regimes terapêuticos (O) no ser humano com doença cardíaca (P)? Pesquisamos na plataforma EBSCO, nas bases de dados: CINHALL Plus Full Text, Medline With Full Text, British Nursing Index e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, entre Janeiro de 2005 a Janeiro de 2010.

Competências como conhecimentos específicos que permitam ao enfermeiro avaliar, diagnosticar e planear cuidados, que integram o domínio cognitivo, afetivo e habilidades psicomotoras, relações intra e interpessoais, habilidades comunicacionais, competências éticas, registos, capacidades de escuta e a inteligência cognitiva e emocional.

Palavras-chave: Competency; Nursing; Management; Therapeutic; human be;

ABSTRACT

Scientific evidence demonstrates an international concern on the centrality of citizens in health care and their capacity for decision-making in the construction of their individual health project, which has repercussions on public health. The investment of nurses as a resource for the construction of individual or collective project, which will be the development of cognitive, relational, ethical and technical skills, with the objectives of producing results sensitive to nursing care. We seek to understand the competencies that mobilize nurses in clinical practice in the face of human disease processes health responses.

What competency of nurses (I) that promote the management of different therapeutic regimens (O) in human be with heart disease (P)? We searched the EBSCO platform in databases: CINHALL Plus Full Text, With Full Text Medline, British Nursing Index and Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, from January 2005 to January 2010.

Competencies as specific knowledge enabling nurses to assess, diagnose and plan care that integrate the cognitive, affective and psychomotor skills domain, intra and interpersonal relationships, communication skills, ethical responsibilities, records, listening skills, and cognitive and emotional intelligence.

Keywords: Competency; Nursing; Management; therapeutic; human be.

INTRODUÇÃO

Sabemos que a nível mundial, a morbilidade e mortalidade associadas às doenças crónicas, incluindo as doenças cardiovasculares, atingem taxas com grande impacto na qualidade de vida das populações (AHA, 2005) estima custos de 393,5 biliões de dólares e que para o controle e diminuição da sua progressão, uma das dimensões que devemos investir enquanto profissionais de saúde, será na promoção da saúde, educando a pessoa/família/comunidade/grupo. Nesta dimensão da educação para a saúde, a promoção da adesão à terapêutica em pessoas com doença crónica, é um dos focos de atenção cruciais para diminuir este impacto, quer na repercussão para a pessoa/família/grupo/comunidade, quer em termos económicos nos resultados em saúde. (Amy e Lynn, 2007; Takahiro et al, 2005; Els et al, 2005)

Face ao estudo que temos desenvolvido nesta área do conhecimento em enfermagem, ou seja, a adesão aos diferentes regimes terapêuticos centrada na pessoa e face à evidência demonstrada no estudo realizado, o fenómeno releva-se essencialmente em cinco dimensões importantes que a pessoa mobiliza na adesão: relacionadas com a variável fisiológica, psicológica, de desenvolvimento, sociocultural e espiritual (Silva, 2010)

Alguns estudos a nível internacional, demonstram esta evidência científica, no entanto, relacionando com os factores que conduzem a adesão da terapêutica centrados na doença e na preocupação de melhorar estes níveis de adesão face à prevenção, manutenção ou tratamento das doenças na pessoa. Emergem essencialmente três tipos de factores: *relacionados com a pessoa, relacionados com a doença e relacionados com o sistema de saúde.*

Por outro lado, relevamos também as questões dos indicadores revelados pela Direção Geral de Saúde (2002), referindo que as doenças cardiovasculares, cancro e outras são a principal causa de morbilidade e mortalidade, assim como as responsáveis por situações de incapacidade e perda de qualidade de vida, citando (DALYs1, European Health Report, OMS, 2002) “...com expressão muito significativa no consumo de serviços de saúde (...) medicamentos e dias de internamento, representando, em 2000, a nível europeu, cerca de 75% da carga da doença (*burden of disease*)”.

A perspetiva evolutiva do conceito de adesão, requer uma atenção contextualizada face ao conceito de saúde que existia no século passado e o atual, ou seja, tendo como princípio major a centralidade da pessoa no processo de cuidados, a sua perspetiva de saúde é sem dúvida o que transversalmente deve ser enfatizado, face aos processos de tomada de decisão onde a pessoa deve participar enquanto sujeito ativo no seu projeto de saúde individual e coletivo.

Neste âmbito, o primeiro conceito relacionado com a adesão – compliance – traduzia o poder do profissional de saúde – o médico – no qual a pessoa deveria obedecer às suas recomendações. Em concomitância, além de sujeito passivo no processo, poderia ainda ser alvo de juízos e de sentimentos de culpa, se por acaso não cumprisse as mesmas recomendações. Questões como, porquê, onde, quando, quantas vezes, o que sabe sobre, o que acredita, não eram equacionadas neste paradigma e que atualmente ainda persiste, embora com menor frequência (Sousa, 2003; Silva, 2010).

Emerge então o conceito de adesão (Adherence), que apresenta uma perspectiva mais integradora da pessoa no processo, ou seja, a sua conceção reflete os comportamentos da pessoa, em relação à terapêutica farmacológica e não farmacológica, que correspondem às orientações dos profissionais de saúde (WHO, 2003; Henriques, 2006; Silva, 2010).

Uma das dimensões referenciadas nesta problemática, tem sido as questões relacionadas com a capacidade da pessoa ou familiar cuidador, gerir de forma adequada um regime terapêutico quer seja farmacológico ou não farmacológico, no sentido da manutenção da sua saúde. Uma das formas de melhorar a adesão é a educação na autogestão, no sentido da envolvimento da pessoa no seu próprio autocuidado. No entanto, instruir a pessoa sobre o que fazer e o que não fazer, no sentido de ser um facilitador na mudança de comportamentos em saúde não costuma conduzir a essas mudanças (Nieuwenhuijsen et al, 2005).

COMPETÊNCIA(S) NA ENFERMAGEM

A preocupação em termos evolutivos, tem sido compreender como é que este fenómeno das pessoas e da adesão aos diferentes regimes terapêuticos tem sido experienciado e que dimensões levam as pessoas a aderir ou não aderir.

Esta assunção face ao enquadramento conceptual da disciplina de enfermagem e da profissão, integrando o estudo a realizar, permitir-nos-á mobilizar aspectos importantes relacionados com a pessoa em contexto específico e cujas respostas são únicas e singulares. Amendoeira (2006, p.45) refere que *“A capacidade que as disciplinas tenham de assumir um determinado paradigma, será potencializadora do conhecimento de determinado fenómeno, como mais-valia do conhecimento humano, pelo questionamento que faz do mesmo”*.

É neste sentido que temos construído o nosso conhecimento, ou seja, após conhecermos numa determinada população, as razões que levam o ser humano a aderir ou não aos diferentes regimes terapêuticos, assim como outros estudos a nível nacional que nos trouxeram contributos nessa área, procuramos compreender quais as competências que os enfermeiros desenvolvem para promover a adesão das pessoas (Henriques, 2006; Silva, 2010).

Procuramos concetualização em relação às competências dos enfermeiros nesta área de intervenção. Neste âmbito, enquanto disciplina e segundo os Enunciados Descritivos da Ordem dos Enfermeiros (2001, p.4) “...a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional (...) nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde...”, o que integra as competências que os enfermeiros têm que desenvolver no âmbito desta procura da excelência nos processos de cuidados com a pessoa, família e/ou comunidade.

O que nos orienta para o conceito de competência como referencial para a compreensão do fenómeno a estudar, tendo como suporte o pólo teórico cujo enquadramento se torna promotor na construção do desenho do estudo.

A importância do desenvolvimento de competências dos enfermeiros a nível nacional promove um documento por parte da Ordem dos Enfermeiros que define o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, inclusive o conceito de competência como “a competência do enfermeiro de cuidados de gerais refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar” (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 16).

Os enfermeiros no âmbito do desenvolvimento das suas competências, integram nos processos de cuidados com as pessoas, a metodologia científica, cujos resultados sensíveis aos cuidados emergem do rigor e competência na sua operacionalização. Podemos mobilizar o conceito de processo de cuidados, ou seja, processo de interação cujo centro de interesse é a pessoa e onde o profissional possui conhecimentos específicos que lhe permitem fazer o diagnóstico e o planeamento do cuidado que ele próprio executa e controla (Amendoeira, 2000).

Em termos da formação, tem existido uma preocupação em centrar o foco na competência (Donna, 2008). A autora, apresentou as seguintes competências essenciais para profissionais de saúde: trabalho em equipas interdisciplinares, prestar cuidados à pessoa, utilizar a prática baseada em evidências, uso de informática e aplicar a melhoria da qualidade (Donna, 2008).

Quando falamos de competências e da sua educação, permanece ainda muito insipiente a forma como as desenvolver, demonstrar e como ensinar. As dimensões de

avaliação integram o domínio cognitivo, afetivo e habilidades psicomotoras, face aos conhecimentos que se desenvolvem ao longo da vida e que terão que ser um desafio (Donna, 2008).

The National Council for State Boards of Nursing citado por Sportsman e Wood (2010), referem competência “the application of knowledge and the interpersonal, decision-making, and psychomotor skills expected for the practice role, within the context of public health”. Articulando com o que Amendoeira (2006) refere como processo de cuidados, esta definição de competência integra todas as dimensões do mesmo. Importantes por isso, no sentido de compreendermos que a nível nacional, já temos integrado que os enfermeiros desenvolverem as suas competências numa perspetiva de formação pré e pós graduada que lhes permite além da prática, refletir sobre a mesma, num investimento cujo desafio é sem dúvida a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Também a nível internacional, emergem dois conceitos – *competence* e *competency*, cujas dimensões face ao primeiro, integram a descrição do comportamento ou da ação e o segundo foca-se na competência da pessoa e no que suporta o seu desempenho competente (Donna, 2008). Conceito importante para o que pretendemos estudar, ou seja, centrados nas competências dos enfermeiros, será por nós adotado o segundo conceito, pois o que pretendemos compreender são as competências que os enfermeiros desenvolvem para promover o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos.

Lenburg (1999) descreve um modelo de resultados de competências e avaliação de desempenho (COPA – Competency Outcomes and Performance Assessment), identificando oito competências essenciais: *avaliação e intervenção; comunicação; pensamento crítico; ensino; relação de afetividade; gestão; liderança; habilidades e conhecimento*.

Importante também é a reflexão que desenvolve no âmbito da clarificação do conceito, ou seja, segundo (NCSBN – The National Council for State Boards of Nursing, 2005), as razões passam por ser um conceito multifacetado que dificulta a sua medida, o número elevado de enfermeiros na prática que dificulta a identificação de variáveis significativas, dos custos/benefícios, abordagens reguladas, de quem é a

responsabilidade da formação para a continuidade das competências e os vários níveis de formação em enfermagem (Donna, 2008).

Desta forma e de acordo com o que pretendemos estudar, leva-nos a formular as seguintes questões: *Quais as competências desenvolvidas pelos enfermeiros na promoção da gestão dos diferentes regimes terapêuticos, do ser humano com doença cardiovascular? Quais as competências dos enfermeiros na promoção da gestão dos diferentes regimes terapêuticos, percebidas pelo ser humano com doença cardiovascular?*

Assim enquanto objetivos iniciais que servem de ponto de partida para o desenvolvimento do que pretendemos estudar, delineamos: identificar as intervenções de enfermagem que promovem a gestão dos diferentes regimes terapêuticos no ser humano com doença cardiovascular; identificar quais as boas práticas de enfermagem percebidas pelo ser humano com doença cardiovascular, que o levam a processos de tomada de decisão adequadas na gestão dos diferentes regimes terapêuticos.

METODOLOGIA

Enquanto investigadores, no sentido de perceber qual a evidência científica relacionada com as competências de enfermagem na promoção da gestão dos diferentes regimes terapêuticos do ser humano com doença cardiovascular, planeámos desenvolver uma revisão integrativa.

Emergem alguns conceitos chave para formular a pergunta PI[C]O: ***Quais as competências dos enfermeiros (I) que promovem a gestão dos diferentes regimes terapêuticos (O) no ser humano com doença cardíaca (P)?***

Introduzimos as palavras-chave da seguinte forma: **Competency; Nurs*; Management; Therapeutic; human be;** efetuou-se a pesquisa nas bases de dados EBSCO (CINAHL Plus Full Text, MEDLINE with Full Text, British Nursing Index e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive), cada palavra-chave individualmente e com a conjugação de todas as palavras-chaves, com o booleano **and**, emergiram os artigos relacionados. Apresentamos a sistematização com a conjugação final das palavras-chave.

Conjugação das palavras-chave	Nº de artigos
1+2	3096
1+2+3	1225
1+2+3+4	25
1+2+3+4+5	14

Introduzimos dois critérios para refinar ainda mais a pesquisa, o filtro cronológico de 2005 a 2010 e todos os artigos com texto completo, do qual resultaram 14 artigos.

Procedemos à análise dos artigos tendo por base os critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de inclusão: *pessoa com doença cardíaca; estudos de abordagem quantitativa, qualitativa, revisões sistemáticas da literatura, estudos de caso que revelem resultados que contribuam para a evidência científica do estudo; apenas estudos/artigos escritos em Inglês, Português ou Espanhol.* **Critérios de exclusão:** *pessoa com associação de problemas de saúde mental e psiquiatria, com deficiência mental, no âmbito da pediatria; Todos os resultados da pesquisa que não apresentem metodologia científica, todos os estudos/artigos no âmbito da gestão enquanto área de formação na disciplina de enfermagem.*

Esta análise permitiu através dos critérios referenciados anteriormente e com a leitura do Abstrat, partir para a análise dos estudos/artigos tendo também por base os seis níveis de evidência, de acordo com Rennie Guyatt (2002).

Na pesquisa não encontramos evidência científica com a conjugação de todas as palavras-chave, no entanto, consideramos importante analisar e compreender o que se tem refletido e estudado em termos de conhecimento sobre as primeiras quatro palavras-chave (competency, nurs*, management, therapeutic, human be)

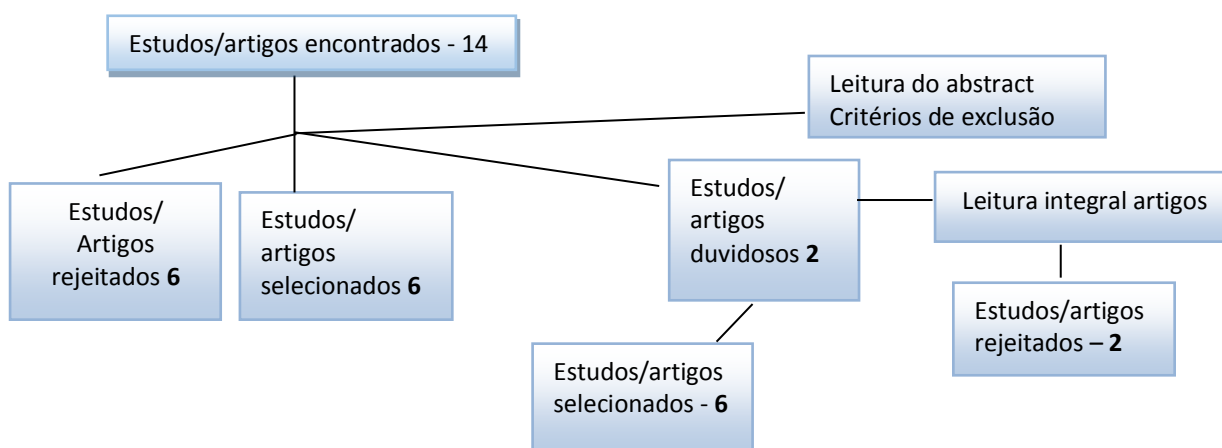


Figura I – Síntese da estratégia de pesquisa

CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS

Como temos vindo a demonstrar, será importante sistematizar também os estudos selecionados, de acordo com a pergunta PI[C]O inicial, que consideramos pertinentes para o estudo proposto.

Assim apresentamos a relação dos estudos/artigos individualmente no quadro seguinte.

Quadro nº 3 – Estudos/Artigos

Estudo	T. Ostermann; M. Bertram; A. Büssing 2010 “A pilot study on the effects of a team building process on the perception of work environment in an integrative hospital for neurological rehabilitation”	
Participantes	77 membros da Equipa multidisciplinar do Hospital de reabilitação neurológica, (55 enfermeiros, 19 terapeutas e 3 médicos) e 44 doentes;	
Intervenções	Analisa os efeitos do trabalho de equipa no hospital de reabilitação neurológica, relacionado com as pessoas, recorrendo a várias escalas: CTC (Conviction of Therapeutic Competency); BMLSS (Brief Multidimensional Life Satisfaction Scale; CSQ-8 (Client Satisfaction Questionnaire); relacionado com o ambiente de trabalho e a influência do trabalho de equipa neste ambiente utiliza uma escala, WES-10 (Work Environment Scale), que integra 4 subescalas (SR – Self-realization; WL – Workload; C – Conflict; N – Nervousness. Realizado em três tempos T0, T1 e T2, especificamente T0 – Janeiro 2007, T1 – Janeiro 2008, T2 – Janeiro 2009	
Resultados	Na equipa multidisciplinar, 76% revela satisfação, não havendo diferenças significativas entre as várias profissões. Na competência terapêutica os terapeutas e os enfermeiros apresentam níveis mais elevados de convicção, apesar de não evidenciar em relação ao género diferenças significativas. A escala WES-10 e as subescalas, evidencia relação entre os conflitos e sobrecarga de trabalho, e entre nervosismo e auto realização. Os efeitos do trabalho de equipa, reduz os conflitos e estabiliza adesão.	
Nº de artigo	Nº 1	Nível evidência II - Estudo piloto, longitudinal
Estudo	Gladys Effa-Heap 2009 “Blood transfusion: implications of treating a Jehovah’s Witness patient”	
Participantes	Pessoa com crenças religiosas específicas (Jeová) e a necessidade de administrar uma transfusão de sangue.	
Intervenções	Competências dos profissionais na interação de cuidados e a tomada de decisão informada. Desenvolvimento teórico e habilidades ético-morais e deontológicas: consentimento informado e respeito pelos valores e promotor de alternativas para decisão informada. Avaliação inicial da pessoa, plano de intervenção validado com a pessoa e equipa. Prevenção e promoção da saúde.	
Resultados	Ótima e honesta comunicação, a chave para uma gestão eficaz na relação com uma pessoa Jeová . A relação e empatia como promotoras de responsabilidade e tomada de decisões informadas. A disponibilidade, a privacidade, a confidencialidade e a envolvimento da família pode encorajar a pessoa e seus membros a aceitar um tratamento à base de sangue.	
Nº de artigo	Nº 2	Nível de evidência – VI - Artigo de reflexão
Estudo	Marcia Gruber; Rosanne Hartman – 2007 Don't overlook “communication competence”	
Participantes	Os enfermeiros com quadro de participação, a nível da prestação de cuidados, gestão, ensino e pesquisa avançada.	
Intervenções	Competências comunicacionais dos enfermeiros como área de intervenção nas relações interpessoais, emocionais e sociais. Investigado que competências comunicacionais são importantes para os enfermeiros. Revisão da literatura sobre as crenças que os enfermeiros têm sobre as competências comunicacionais.	
Resultados	Ao nível da comunicação 19 comportamentos: instruir os outros; emitir ordens; providenciar informações claras; Ouvir de forma eficaz; gerir conflitos; persuadir outros; falar articuladamente e em público; intercâmbio de informações de rotina; participar na discussão em pequenos grupos; usar o humor adequado; empatia; negociar; operar autonomamente; adaptação social; gerir várias interações ao mesmo tempo; exibir comportamento não-verbal amigável; tomada de decisão; características comunicacionais para enfermeiros. Capacidade e habilidade de transmitir informações claras, ouvir, tomar decisões, empatia e a gestão nas interações, aconselhar e instruir. Um enfermeiro gestor para ser líder, deve ter habilidades de negociação, bom ouvinte;	
Nº de artigo	Nº 3	Nível de evidência VI - Artigo de reflexão

Estudo	Sprakes K; Tyrer J.2010 “Improving wound and pressure area care in a nursing home”	
Participantes	Enfermeiras da comunidade, responsáveis pela avaliação clínica e tratamento de feridas complexas - úlceras de Pressão, num lar de idosos. 34 Idosos Residentes num lar de, nove enfermeiros treinados e 34 assistentes em cuidados de saúde distribuídos por turnos diferentes, assegurando prestação de cuidados nas 24 horas.	
Intervenções	Projeto com duas sessões de formação sobre feridas e úlceras de pressão: implementar um quadro de competências para os enfermeiros da comunidade, contribuir com resultados na evolução da pessoa, reduzir a gravidade e o número de feridas e úlceras de pressão. Dois quadros de competências: o primeiro integrou a estrutura e funções da pele e quais as consequências das feridas a este nível, os diferentes tipos e etiologias; as fases de cicatrização de feridas; fatores que poderiam atrasar a cicatrização de feridas; propriedades dos produtos genéricos, cuidados às feridas e a importância da avaliação inicial para analisar e interpretar a informação recolhida no sentido do desenvolvimento, gestão e avaliação dos planos de forma adequada. O segundo foi desenvolvido com base no RCN (Royal College of Nursing) e NICE (2005) em evidências e orientações para a prevenção e gestão de úlceras de pressão. Os quadros de competência já haviam sido aprovados e implementados por todos os serviços de enfermagem da Comunidade em Liverpool. Aumentar o conhecimento das enfermeiras e as capacidades de gestão das feridas e úlceras de pressão. Realizados debates sobre a necessidade da mudança e sobre os potenciais benefícios do projeto na melhoria dos cuidados à pessoa, aumentando o conhecimento e habilidades.	
Resultados	Menos pressões do trabalho e maior satisfação no trabalho. Gasto menos tempo no apoio aos funcionários do lar de idosos, menos visitas e os encaminhamentos feitos para a equipe de enfermagem foi mais adequada e os custos para a organização tem reduzido. Os cuidados e a sua confiança aumentou face à prevenção das úlceras de pressão e do aparecimento de feridas. Divulgação e documentação da avaliação das feridas em outros lares. A educação levou a mais praticantes instruídos, cuidados centrados na pessoa, melhorou a saúde preventiva e reduziu as desigualdades dos cuidados prestados e a probabilidade de internamentos hospitalares. O programa educativo aumentou os conhecimentos, habilidades e competência dos enfermeiros na gestão dos cuidados às feridas e na prevenção das úlceras de pressão. Melhorou a qualidade do atendimento que eles oferecem. Possíveis barreiras para a implementação bem-sucedida do projeto: atitudes em relação à mudança, prazo apertado para implementar o projeto e o compromisso dos funcionários em participar no mesmo.	
Nº de artigo	Nº 5	Nível de Evidência IV - Estudo longitudinal Comparativo
Estudo	Alun Charles Jones; John R. Cutcliffe; 2009 “Listening as a method of addressing psychological distress”	
Participantes	Enfermeiros do hospital durante narrativas experienciadas, num formato de grupo em supervisão clínica.	
Intervenções	Referências de avaliação elaborado a partir de bases de dados: todas as opiniões EBM, BRITISH Nursing Index, INFO, CINAHL PSYCH e MEDLINE e EMBASE	
Resultados	Valor da escuta como uma atividade terapêutica e como o despertar emocional pode ter impacto sobre um enfermeiro? E outros profissionais de saúde? Explora os benefícios da supervisão clínica como um método equivalente de ajudar enfermeiros a compreenderem as suas próprias respostas em cuidados de enfermagem no âmbito dos cuidados paliativos. A escuta terapêutica considerada fundamental para a prática dos cuidados de saúde. Uma competência crítica; autogestão e resiliência em situações emocionais. A escuta como forma de ajudar uma pessoa com doença grave, o silêncio, quando utilizado com ponderação, é uma atividade importante. O Serviço Nacional para Doença Arterial Coronária (2001) enfatiza a influência dos fatores psicológicos na doença. Os padrões de comunicação e comportamento estabelecidos no início da vida, influenciam a forma como o enfermeiro ou outro profissional de saúde responde e gere experiências de doença grave. A Supervisão da prática clínica é considerada fundamental para o avanço do cuidar em situações profissionais.	
Nº de artigo	Nº 7	Nível de evidência V - Revisão de literatura
Estudo	Jeanne Morrison; 2008 “The relationship between emotional intelligence competencies and preferred conflict-handling styles”	
Participantes	Noventa e quatro enfermeiros que trabalham em três unidades de saúde no sul do Mississippi.	
Intervenções	Avaliar as competências de IE dos enfermeiros e relação entre essas competências e as suas habilidades de resolução de conflitos. Determinar de forma quantitativa se existe uma relação entre EI e a resolução de conflitos entre enfermeiros numa definição de saúde.	
Resultados	Relação positiva de todas as quatro dimensões da EI: autoconhecimento, autogestão, sensibilização social e gestão de relacionamento. Emergiu a necessidade da autoavaliação, a adaptabilidade, a iniciativa, otimismo, empatia. Elevados níveis de IE, cria oportunidade de aprendizagem de habilidades interpessoais, pode aumentar a produtividade.	
Nº de artigo	Nº 12	Nível de evidência VI - Estudo quantitativo correlacional

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em 2003 a Ordem dos Enfermeiros publica as competências dos enfermeiros de cuidados gerais, cujo conteúdo emerge em duas dimensões que relevam os enfermeiros na atualidade como um grupo profissional de carácter científico, pelo elevado contributo que impulsiona o funcionamento do sistema de saúde, garantindo inequivocamente o acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, especificamente em cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Neste âmbito, quando falamos de capacidades e habilidades, poderemos integrar alguns autores que nos EUA têm, refletido estas questões das competências na saúde, que referem não existir um conceito de competência no âmbito da saúde específico. Apresentam mesmo um conjunto de competências essenciais a desenvolver pelos profissionais de saúde: trabalho em equipas interdisciplinares, prestar cuidados à pessoa, utilizar a prática baseada em evidências, uso de informática e aplicar a melhoria da qualidade (Donna, 2008).

Será importante em relação ao desenvolvimento de competências em algumas áreas específicas do saber em enfermagem e ao nível da educação, os domínios de avaliação, cognitivo, afetivo e habilidades psicomotoras face aos conhecimentos que se desenvolvem ao longo da vida.

Na área específica da prática clínica em enfermagem enquadra-se maioritariamente investigação relacionada com competências em relações intra e interpessoais cujo desenvolvimento emerge na multidisciplinaridade dos contextos da prática, nas habilidades comunicacionais, na capacidade de desenvolver relações terapêuticas com a pessoa, na mobilização das competências éticas e na mobilização dos conhecimentos teóricos como background para desenvolver processos de cuidados de forma competente, o que integra o conceito de *“competency”*.

Assume-se um conjunto de resultados que permitirá construir de acordo com as competências emanadas pela Ordem dos Enfermeiros, um corpo de conhecimentos que servirão de estímulo para realizar investigação nesta área.

A importância da construção e implementação do trabalho de equipa ao nível dos cuidados de saúde, podemos integrar no estudo identificado, que todos os intervenientes no processo encontram vantagens, a integração das várias disciplinas, a própria pessoa, objetivos comuns, a satisfação, resolução, recuperação ou adaptação da pessoa e família nos

processos de saúde doença serão eficaz e eficientemente alcançados (Ostermann, Bertram e Büssing, 2010).

Na promoção da gestão dos regimes terapêuticos no ser humano com doença cardiovascular, podemos constatar que não poderemos isoladamente enquanto enfermeiros capacitar a pessoa para esta gestão, o trabalho de equipa terá que estar presente, sendo que para isso temos que ter desenvolvidas competências quer na área da gestão, da educação, comunicação e relações interpessoais.

Ao nível das competências éticas, os enfermeiros regem-se por um Código Deontológico, cuja área do conhecimento se deve cotar do mais alto nível do saber fazer, saber estar e essencialmente saber ser. Ser responsável por processos de cuidados cujas questões éticas integram desde o início uma dimensão importantíssima para o sucesso da relação terapêutica. Neste contexto, relevamos o artigo nº 2 que nos evidencia estas competências perante a pessoa com crenças religiosas específicas, que perante o nosso dever e de acordo com o juramento, deveremos demonstrar respeito nas tomadas de decisões, assim como capacitarmos a pessoa para essas mesmas tomadas de decisão de forma consciente e informada.

A importância de conhecermos a pessoa/família e ambiente envolvente, remete-nos para as competências a mobilizar como a colheita de dados, planeamento, execução e avaliação do processo de cuidados, com relevo para a validação do mesmo com a pessoa/família (Gladys Effa-Heap, 2009).

Os enfermeiros devem mobilizar estas questões na promoção da gestão dos regimes terapêuticos na pessoa com doença cardiovascular, criando laços de confiança, relações de empatia entre os intervenientes. A pessoa/família bem informadas, têm um suporte para as tomadas de decisão mais conscientes e informadas.

Concomitantemente no artigo nº 3, além de refletir sobre as competências comunicacionais que os enfermeiros devem desenvolver na interação com a pessoa, elenca um conjunto de comportamentos a observar no âmbito do desenvolvimento dessas mesmas competências, que passam por: Instruir os outros, providenciar informações claras, ouvir de forma eficaz, gerir conflitos, persuadir outros, falar articuladamente, falar em público, partilha de informações de rotina, participar na discussão em pequenos grupos, usar o humor adequado, empatia, negociar, operar autonomamente, adaptação social, exibindo um comportamento favorável, gerir várias interações ao mesmo tempo, exibir comportamento

não-verbal amigável, tomada de decisão. Poderão ser discutíveis, uma vez que, ao enunciar-se a persuasão como um comportamento a observar, poderá conduzir a juízos que na verdadeira essência da enfermagem, não contribuam com resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Gruber e Hartman, 2007).

Mencionar a comunicação como uma técnica a desenvolver pelos enfermeiros, como outras que se aprendem ao longo da formação inicial, os enfermeiros têm dificuldades em integrá-la com esta concepção, o que se pode repercutir na relação com a pessoa/família, face à informação que têm que transmitir, por vezes até com alguma tendência para se refugiarem noutros profissionais de saúde.

Neste artigo, emergem cinco categorias enunciadas de forma decrescente, a capacidade e habilidade de transmitir informações claras, ouvir e tomar decisões; a empatia e a gestão nas interações e aconselhar e instruir como competências a demonstrar. Todas estas categorias terão um peso importante face à necessidade de prestar cuidados à pessoa com necessidades de encaminhamento e educação no âmbito dos diferentes regimes terapêuticos a implementar (Gruber e Hartman, 2007). Será que os enfermeiros no seu dia-a-dia, mobilizam estas questões para otimizarem a gestão dos regimes terapêuticos na pessoa com doença cardiovascular?

Parece-nos pertinente o estudo efetuado, relativo aos cuidados de enfermagem prestados num lar de idosos, com o objetivo de avaliar o seu impacto na prevenção das úlceras de pressão e aparecimento de feridas, culminando num quadro de competências específicas. A formação contínua deve ser encarada como uma filosofia a integrar, ou seja, todo o enfermeiro que acha que tem o que basta para prestar cuidados ao longo da sua vida, está condenado a viver a profissão numa dimensão redutora, onde o saber fazer impera face ao saber, saber estar e ser (Sprakes, 2010).

A importância da sensibilização, da formação dos profissionais por parte de outros profissionais da mesma área do conhecimento, mas que face à especificidade desenvolveram competências pela pesquisa, pela evidência científica nos contextos da prática, que se traduzem em ganhos em saúde para a pessoa cuidada, assim como em indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, é evidenciada no artigo nº 5. Os resultados foram positivos a todos os níveis, quer em termos da pessoa, uma vez que diminuíram as úlceras de pressão, como o aparecimento de feridas, assim como a diminuição do número de internamentos devido a complicações relacionadas com o referido

anteriormente, o que resulta em menores gastos ao nível do sistema de saúde e uma maior satisfação por parte dos enfermeiros formadores e formandos (Sprakes, 2010). A importância dos enfermeiros desenvolverem projetos de implementação de competências específicas que possam criar indicadores que traduzam resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, é uma outra competência a desenvolver, este estudo contribuiu para integrarmos a necessidade que os enfermeiros têm de implementar e cimentar a importância dos registos, tendo por base o processo de enfermagem, ou seja, quando os enfermeiros desenvolveram capacidades de avaliação e documentação dos registos das características das feridas, das úlceras de pressão, conseguiram mais facilmente compreender a necessidade da sua prevenção ao nível multidisciplinar, nunca descorando o seu foco de atenção, a pessoa (Sprakes, 2010).

Como poderão os enfermeiros gerir ou promover a gestão dos diferentes regimes terapêuticos na pessoa com problemas cardiovasculares, se não desenvolverem estas competências, procurando evidência científica sobre quais as estratégias a utilizar? Como podemos motivar, instruir, comprometer-se, negociar, tomar decisões, se não investigarmos o conhecimento produzido nesta área da prática clínica?

Desenvolver capacidades de escuta, como forma terapêutica, é uma excelente competência para a enfermagem, que traduz-se em ganhos em saúde, quer para a pessoa e famílias, como para o próprio enfermeiro (Jones; Cutcliffe; 2009). Desenvolve competência crítica no enfermeiro, capacidade de autogestão e resiliência em situações emocionais. Pode ser uma forma de ajudar uma pessoa com doença grave. O silêncio, quando utilizado com ponderação, é uma atividade importante. O Serviço Nacional para a Doença Arterial Coronária (2001) também enfatiza os fatores psicológicos que geralmente influenciam o curso de uma doença. Assim, parece haver consenso, pelo menos dentro dos documentos políticos do Reino Unido, que o atendimento psicológico é importante para ajudar pessoas com doenças graves (Jones, Cutcliffe, 2009). Esta competência da escuta como terapêutica, por vezes não é valorizado na prática, tendo como fuga o tempo, outros procedimentos, enfim. Este artigo evidencia-a como técnica terapêutica que poderá contribuir para se reconhecer esta competência como relevante para a promoção do autocuidado gestão dos diferentes regimes terapêuticos, na pessoa com doença cardiovascular.

O artigo nº 12 evidencia as experiências vividas, a influência das experiências e histórias de vida no desenvolvimento das competências profissionais face à pessoa de quem cuidamos.

Ser enfermeiro envolve mais do que a inteligência cognitiva, a inteligência emocional, numa relação estreita, em última análise a capacidade de conhecer-se a si próprio, de ser empático, de ter compaixão (Jeanne Morrison, 2008).

Estas dimensões conduzem-nos também para as questões da multidisciplinaridade, uma vez que a inteligência emocional, definida como a capacidade de monitorizar os próprios sentimentos e emoções e tomar decisões adequadas para orientar os pensamentos e ações, pode proporcionar a capacidade de lidar com conflitos interpessoais de forma construtiva.

O autocontrolo emocional parece ser benéfico para os enfermeiros desenvolverem e reforçarem competências da inteligência emocional, como uma forma de abordar as questões de conflitos que afetam atualmente a sua profissão (Jeanne Morrison, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo centra-se nas intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doença cardiovascular. Quando definimos o caminho para a pergunta de partida, como referido na conceção desta revisão integrativa, a preocupação era compreender de que forma é que os enfermeiros promoviam a gestão dos diferentes regimes terapêuticos nas pessoas com doença cardíaca?

Na análise dos artigos compreendemos que a formulação da pergunta PI[C]O, não nos trouxe respostas. As intervenções específicas dos enfermeiros nesta área não emergiram dos estudos, mas sim as competências no âmbito geral e mais direcionadas para a gestão das equipas em determinadas dimensões do cuidado em enfermagem.

Consideramos que cumprimos um dos objetivos desta metodologia, permitir de forma fundamentada enunciar a questão de investigação. ***As intervenções de enfermagem promovem o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doenças cardiovasculares?***

BIBLIOGRAFIA

- Amendoeira, José. 2006. Enfermagem, disciplina do conhecimento, Revista Sinais Vitais. Julho.
- Amy L. Ai and Lynn T. Carrigan. 2007. Social-Strata-Related Cardiovascular Health Disparity and Comorbidity in an Aging Society: Implications for Professional Care. Health & Social Work. V. 32. Nº 2 may.
- Donna, D. Scott Tilley. 2008. Competency in Nursing: A Concept Analysis. The Journal of Continuing Education in Nursing · February 2008 · Vol 39, No 2
- Effa-Heap, Gladys. 2009. "Blood transfusion: implications of treating a Jehovah's Witness patient". British Journal of Nursing. Vol. 18. nº 3. pp. 174-177.
- Gruber, M. Hartman, . 2007. Don't overlook "communication competence". Nursing Management. pp. 12
- Henriques, Maria. 2006. Adesão ao regime terapêutico em idosos. Revisão sistemática (2004-2006). Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa. 50p
- Jones, A. Cutcliffe, J. 2009. "Listening as a method of addressing psychological distress". Journal of Nursing Management. 17. pp. 352-358.
- Sprakes, K. Tyrer, J. 2010. "Improving wound and pressure area care in a nursing home". Nursing Standard. Vol. 25. nº 10. novembro. pp. 43-49.
- Ministério da Saúde. DGS. Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida.
- Morrison, J. 2008. "The relationship between emotional intelligence competencies and preferred conflict-handling styles". Journal of Nursing Management. 16. pp. 974-983.
- Nieuwenhuijsen, Els R. et al. 2006. Health behavior change models and theories: Contributions to rehabilitation. Disability and Rehabilitation. Taylor & Francis. 28(5). March. 245-256pp.
- Ordem dos Enfermeiros. Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Edição Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2003. 24p.
- Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Edição Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2001. 16p.

OMS. 2003. "Adherence to long-term therapies evidence for action." Available: http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf [Data da visita: 05/31/06].

Ostermann, T. Bertram, M. Büssing, Arndt. 2010 "A pilot study on the effects of a team building process on the perception of work environment in an integrative hospital for neurological rehabilitation". BMC. Complementary and Alternative Medicine. pp. 1-10.

Silva, Mário. 2010. O ser humano e a adesão ao regime terapêutico. Um olhar sistémico sobre o fenómeno. Formasau. Coimbra. 161pp.

Sousa, Maria. 2003. Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2. RepositóriUM - Universidade do Minho.

Sportsman, Susann. Wood, M. Rhea. 2010. Competency Education and Validation in the United States: What Should Nurses Know? Nursing Forum. Jul-Set. pp 140-150.

Takahiro, H. Shekelle, P. Adams, J. Kamberg, C. Roth, C. Solomon, D. Reuben, D. Chiang, L. MacLean, C. Chang, J. Young, R. Saliba, D. Wenger, N. 2005. Quality of Care Is Associated with Survival in Vulnerable Older Patients. Improving Patient Care. American College of Physicians. Ann Intern Med. 143. pp. 274-281. ELS, R. Zemper, E. Miner, K. Epstein, M. 2005. Health behavior change models and theories: Contributions to rehabilitation. Disability and Rehabilitation. Taylor & Francis. march. 28(5). pp. 245 – 256.

WHO. The European Health Report. 2002. WHO Regional Publications. European Séries. Nº 97.

http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/index.html

http://static.publico.pt/docs/pesoemedida/DGS_Programa_Nacional_Intervencao_Integrada_Determinantes_Saude_Relacionados_Estilos_Vida_2003.pdf

Artigos Científicos

ARTIGO	CONTRIBUTO PARA A TESE
<p>Silva, Mário & Amendoeira, José. (2014). Da adesão à promoção do autocuidado – gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular. Santarém. Revista UiIPS. 2(5). 279-296 pp.</p> <p>ISSN 2182-9608</p> <p>http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS/index</p>	<p>Artigo que emerge de uma revisão sistemática de literatura no âmbito do percurso de investigação, na fase da construção da questão de investigação;</p>
<p>Silva, Mário & Amendoeira, José. (2016). A elaboração de uma entrevista etnográfica no processo de investigação. Santarém. Revista UiIPS. Livro de resumos da UiIPS. 4 (1). 44p.</p> <p>ISSN: 2182-9608</p> <p>http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS/index</p>	<p>Comunicação elaborada no âmbito do Congresso da UiIPS, que emerge da dimensão metodológica do estudo.</p>
<p>Amendoeira, José & Silva, Mário. (2014). Considerações éticas num estudo de investigação. Santarém. Revista UiIPS. Livro de Resumos. 1(2). 176p.</p> <p>ISSN 2182-9608</p> <p>http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS/index</p>	<p>Poster apresentado no âmbito do Congresso da UiIPS que decorreu da dimensão ética e deontológica desenvolvida ao longo do percurso de investigação</p>
<p>Silva, Mário & Amendoeira, José. (2015). Os contributos do método etnográfico na construção de uma teoria prescritiva em enfermagem. Santarém. Revista UiIPS. 3(5). 317-384 pp.</p> <p>ISSN: 2182-9608</p> <p>http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS/index</p>	<p>Artigo que emerge da metodologia do estudo de investigação</p>
<p>Amendoeira, José, Cunha, M. Fátima, Pinto, M. Rosário, Silva, Mário & Rosa, Marta. (2013). Autocuidado gestão do regime terapêutico – intervenção do enfermeiro: Uma revisão</p>	<p>Artigo que não sendo o 1º autor, foi elaborado enquanto coordenador operacional do projeto de investigação da</p>

<p>sistemática de literatura. Santarém. Revista UiIPS. 1(4). 36-54 pp.</p> <p>ISSN 2182-9608</p> <p>http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS/index</p>	<p>Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde, da Escola Superior de Saúde de Santarém</p>
---	--